

Du singulier au pluriel

France Gilbert

Travail de recherche

présenté

au

Département de thérapies par les arts

Comme exigence partielle au grade de

maîtrise ès Arts (Art-Thérapie)

Université Concordia

Montréal, Québec, Canada

Septembre 2013

© France Gilbert, 2013

**UNIVERSITÉ CONCORDIA**

**École des études supérieures**

Nous certifions par la présente que le travail de recherche rédigé

Par : France Gilbert

Intitulé : Du singulier au pluriel

et déposé à titre d'exigence partielle pour l'obtention du grade de

**Maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts, Option Art-thérapie)**

est conforme aux règlements de l'Université et satisfait aux normes établies pour ce qui est de l'originalité et de la qualité.

Signé par la Directrice de recherche

\_\_\_\_\_ Directrice de recherche

Dr Josée Leclerc, PhD, ATR-BC

Approuvé par :

\_\_\_\_\_ Directeur du Département

Dr Stephen Snow, PhD, RDT-BCT

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

(date)

## **Résumé**

### **Du Singulier au Pluriel**

**France Gilbert**

Inspirée par mon propre vécu de l'épuisement professionnel lié à l'exercice de la médecine familiale, cette recherche heuristique propose qu'à partir de la singularité de mon expérience, une contribution pourrait être faite au soulagement de la communauté médicale à laquelle j'appartiens, entre autres grâce au développement de services d'art-thérapie. Procédant d'une méthodologie heuristique modifiée, j'explore mon expérience personnelle de façon narrative et picturale pour la mettre en relation avec les publications portant sur l'épuisement professionnel des médecins et sur le perfectionnisme dont ils font souvent preuve et qui joue un rôle important dans cet épuisement. Différentes avenues d'intervention sont explorées et la valeur accrue de l'art-thérapie par rapport aux approches psychothérapeutiques traditionnelles chez ces professionnels est démontrée. L'épuisement professionnel chez les médecins atteint des proportions qui justifient l'intérêt croissant dont il est l'objet. Ce projet de recherche entend contribuer à l'effort collectif visant à améliorer cette situation préoccupante.

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui m'ont soutenue, chacun à leur façon, à chaque étape de la réalisation de ce rêve de devenir art-thérapeute. Je serai toujours redevable envers ma « fée-marraine ». Elle se reconnaîtra. Je voudrais dire à mes consœurs combien leur présence à mes côtés tout au long du parcours a été importante, tant personnellement que pour mes apprentissages. J'exprime finalement toute ma gratitude à Dre Josée Leclerc qui m'a généreusement supervisée et menée à cette version finale par ses encouragements et ses commentaires judicieux.

## Table des Matières

Liste des planches.....	p. v
Introduction.....	p. 1
Mon récit singulier.....	p. 5
Recension des écrits.....	p. 13
Mon histoire en images.....	p. 19
Analyse des données.....	p. 29
Du singulier au pluriel.....	p. 37
Conclusion.....	p. 46
Planches .....	p. 50
Références .....	p. 60

## Liste des Planches

Planche # 1 : « La mort d'un médecin ».....	p. 50
Planche # 2 : « La jongleuse débordée ».....	p. 50
Planche # 3 : « Je m'enfonce ».....	p. 51
Planche # 4 : « L'œil du destin ».....	p. 51
Planche # 5 : « Mi-figue, mi-raisin ».....	p. 52
Planche # 6 : « Apprendre à demander ».....	p. 52
Planche # 7 : « La savane en feu ».....	p. 53
Planche # 8 : « Sous bonne garde ».....	p. 53
Planche # 9 : « Pendant la tornade ».....	p. 54
Planche # 10 : « Vers l'abattoir ».....	p. 54
Planche # 11 : « La terreur ».....	p. 55
Planche # 12 : « Acceptation sereine ».....	p. 55
Planche # 13 : « Chacun son bûcher ».....	p. 56
Planche # 14 : « Larmes fondamentales ».....	p. 56
Planche # 15 : « Le nombril scruté ».....	p. 57
Planche # 16 : « « La lumière au bout du tunnel ».....	p. 57

Planche # 17 : « Calme apparent »..... p. 58

Planche # 18 : « Tumulte intérieur »..... p. 59

Il était une fois, dans une région dite intermédiaire, une femme qui était médecin de famille et qui se donnait corps et âme à son travail et à ses patients. Par un beau matin de février, après 13 ans de pratique, son monde s'est écroulé en même temps qu'elle dans un corridor de l'hôpital. Snap! Rupture du tendon du quadriceps à la faveur d'un demi-tour malencontreux. Couvert par son cri de douleur, le glas de la pratique médicale qu'elle avait faite jusqu'alors avait sonné. Un autre chapitre de sa vie allait s'écrire.

Cette femme médecin, c'est moi. Bien que ma profession ne soit qu'une partie de mon identité, j'y ai consacré tellement de temps pendant de si nombreuses années qu'elle en a forgé une grande part. C'est mon expérience de la détresse médicale, celle engendrée par l'exercice de ma profession, que j'explorerai ici. Nous définirons d'emblée le terme de détresse médicale comme un continuum allant de la fatigue à l'épuisement professionnel (*burnout*) jusqu'aux syndromes affectifs. Je comprends maintenant que j'étais dans un état d'épuisement avancé lorsque ce tendon s'est rompu. Autrement, l'issue eût été fort différente.

Au cours des pages qui suivront, je revisiterai cet important épisode de ma vie professionnelle et personnelle en m'inspirant de la méthodologie heuristique. Celle-ci spécifie que le chercheur doit avoir une expérience intime du sujet auquel il s'intéresse. Le fait d'être passée par là m'autorise donc à en témoigner et le lecteur ne sera pas surpris d'une utilisation prépondérante de la première personne du singulier tout au long de ces pages. Dans cette étude, mon propre vécu ne sera pas mis en relation directe avec celui de co-chercheurs ayant traversé une expérience similaire, comme le ferait habituellement une recherche heuristique, mais de façon indirecte en le comparant à la



littérature portant sur le phénomène de l'épuisement professionnel chez les médecins. Je voudrais utiliser mon expérience de la détresse médicale comme un tremplin potentiel vers une future collaboration avec mes collègues en souffrance ou à risque de le devenir. L'épuisement professionnel atteignant au-delà de la moitié des médecins (Lee, Stewart, & Brown, 2008; Lepnurn, Lockhart, & Keagan, 2009; McCray, Cronholm, Bogner, Gallo, & Neil, 2008), j'espère en entreprenant cette démarche qu'elle puisse indiquer des pistes à explorer qui permettraient de passer du singulier au pluriel afin de contribuer à soulager cette collectivité. Mais comment m'y suis-je prise pour examiner cet événement avec un regard neuf, moi qui m'en suis déjà raconté l'histoire tant de fois?

Après avoir été frappée par l'évidence que mon expérience personnelle pouvait mériter que je l'explore pour la transformer en source de connaissance au sujet de la détresse médicale, j'ai tout de suite commencé à être 'enceinte' de ce projet. Je me suis laissée imprégner par tout ce que ça soulevait en moi sans encore en formuler les grandes lignes mais en laissant le flot de mes impressions me toucher. Cette phase préparatoire pourrait correspondre aux phases d'engagement et d'immersion, deux premières des six classiquement attribuées à la méthodologie heuristique, décrite par Moustakas en 1990, auxquelles auraient dû suivre l'incubation, l'illumination, l'explication et la synthèse créative, comme Kapitan le résume si bien (2010, p. 146-147). Cependant, il semble que ces phases ne se soient pas succédé de façon si mécanique au cours de mon propre processus exploratoire.

*The steps of heuristic inquiry unfold spontaneously, yet they are guided by a desire to illuminate the phenomenon. In the spirit of this flow, it is appropriate to change methods or procedures in midstream, according to the requirements of explicating*

*the levels of meaning connected with the investigation.* (Douglass & Moustakas, 1985, p. 45)

Ainsi, curieuse de voir ce qui était connu du sujet, j'ai commencé mes lectures à propos de la détresse médicale dès le moment où j'ai considéré entreprendre cette investigation. Le projet est ensuite entré en dormance, période qui rappelle celle de l'incubation qui est décrite comme un besoin de mettre le sujet de côté après y avoir consacré une attention intense. *"Nonetheless, while the researcher refocuses on conscious, everyday concerns, the tacit dimension is pushing the question into ever-deeper levels of the mind outside of conscious awareness."* (Kapitan, 2010, p. 146) Et puis, il y a près de six mois, j'ai peint mon histoire et produit des images avec l'intention de documenter autrement cette expérience intime de la détresse médicale. Je voyais la perspective de produire ma recherche se rapprocher et sentais le besoin d'y consacrer des moments de qualité avant de pouvoir m'y consacrer plus entièrement, ce qui s'est enfin produit avec la complétion de ma scolarité de maîtrise. Ce n'est qu'alors que j'ai couché mon récit sur papier avec des mots. Ce faisant, il est soudainement devenu évident que les écrits portant sur le perfectionnisme devaient être inclus dans la présente étude. Si j'avais précocement entrevu que les qualités recherchées chez les candidats aux études médicales étaient celles-là même qui les rendaient vulnérables à l'épuisement professionnel, ce n'est qu'alors que le perfectionnisme s'est imposé à mon esprit comme une composante essentielle sur laquelle je devais obligatoirement me pencher. C'était probablement là l'illumination dont il était question plus tôt, la quatrième des phases décrites par Moustakas. Je dois également dire que tout le chemin parcouru depuis mon accident informera ma façon de considérer l'événement : quatre ans après le fait, je me

retrouve au seuil de devenir une art-thérapeute professionnelle. Les apprentissages réalisés pendant cette formation me permettront de jeter sur la situation, autant que sur ses tenants et aboutissants, un éclairage que je n'avais pas au moment des faits.

La réorganisation de l'information obtenue pour la rédaction du présent travail de recherche a conduit à la création de chapitres dont le premier est consacré au récit de mon expérience, le second au compte-rendu des écrits portant tant sur la détresse médicale que sur le perfectionnisme. Dans le troisième chapitre, je décris les œuvres que j'ai créées, comment elles se sont construites et comment j'y réagis. Dans le chapitre suivant, j'analyse les données fournies à la fois par ma narration, mes images et la recension des écrits, les mettant en interaction pour essayer d'en dégager les messages importants. J'espère, car c'est le but de l'entreprise, que cette démarche contribuera à enrichir ma compréhension de ce qui s'est joué là. Le cinquième chapitre, quant à lui, s'intéresse à la façon dont on pourrait intervenir en matière de détresse médicale en s'inspirant de la reconstruction multimodale qui vient d'être faite. En supposant que mon histoire ressemble suffisamment à celles de mes pairs pour que je puisse m'en inspirer à leur service, il serait ainsi possible d'entrevoir le « pluriel » à partir du « singulier » de mon expérience. J'ai bon espoir que des thèmes propices à l'exploration visuelle et verbale se dégageront de l'exercice et pourront m'inspirer des activités art-thérapeutiques adaptées aux besoins de cette population à laquelle j'appartiens et dont je veux être solidaire.

### **Mon Récit Singulier**

Je reprends donc mon histoire là où elle a commencé. Je me replace au présent de cette journée fatidique. En ce deuxième jour de février 2009, un lundi matin, au lieu d'aller directement à mon cours de gymnastique sur table, car j'ai commencé à m'occuper un peu mieux de moi, je fais un détour par l'hôpital, comme pressée de me décharger d'un poids. Je sens comme un vent de libération alors que je vais remettre ma lettre de démission à titre de coordonnatrice médicale de l'Unité de Courte Durée Gériatrique (UCDG). Je joue ce rôle depuis plus de neuf ans; c'est la dernière de mes activités médico-administratives et je n'en peux plus. J'ai donné un ultimatum aux membres de l'équipe pour prendre ma relève dans cette fonction. Quelqu'un s'étant finalement manifesté, j'ai rédigé cette lettre et viens la livrer d'un pas allègre et décidé. Je fais soudain demi-tour pour une brouille. En était-ce une? En fait, je voulais m'assurer auprès du responsable de la sécurité que le groupe de fumeurs à l'extérieur respectait bien les distances réglementaires d'avec l'entrée. Mauvaise idée qui témoigne d'une intransigeance pour laquelle je n'aurais qu'à bien me repentir. L'instant d'ensuite paraît s'étirer sans fin jusqu'à ce que j'entende un bruit sec et que je m'écroule. Je sais dès lors que je ne me relèverai pas indemne.

Je fais l'expérience de la douleur physique la plus intense que j'aie connue. Dans l'attente d'un diagnostic par l'orthopédiste, j'ai la certitude que ce n'est pas une simple entorse et que quelque-chose de majeur s'est brisé. Il faut annuler des périodes de consultation au bureau, quelques-unes du moins, avant d'en savoir plus long sur ma condition. Je sens que tout bascule. Le verdict tombe: rupture du tendon du quadriceps. Le plus gros et le plus résistant tendon du corps humain s'était donc déchiré en un éclair à

l'occasion d'un geste si banal. Ce scénario fort improbable vient tout bousculer. Je dois subir une chirurgie qui sera suivie d'une convalescence d'une durée encore imprévisible.

Ce K.-O. technique allait déclencher un autre chaos. Je devais maintenant compter sur mes collègues pour réorganiser les divers systèmes de garde auxquels je participais et pour accommoder mes propres patients. Ils devraient non seulement prendre en charge mes patients mais aussi prendre connaissance des rapports d'analyses de laboratoire, de radiologie ou de consultation que j'avais demandées dans les dernières semaines et qui ne manqueraient pas d'affluer. Il faudrait aussi régler les problèmes qui découleraient de ces rapports. Bref, ils devraient faire ce qu'il est convenu d'appeler ma « paperasse ». Moi, je ne peux plus rien. Je suis effondrée, physiquement et moralement. Je me sens coupable, impuissante et vulnérable. Coupable de laisser ce surcroît de travail à d'autres déjà surchargés, de causer tout ce remue-ménage, de devenir un poids pour mon conjoint, de priver mon foyer de revenus. Impuissante à changer le cours des choses, j'ai le sentiment d'une défaite personnelle. Vulnérable à l'excès, comme une écorchée souffrant du seul mouvement de l'air, un oui ou un non suscite des pleurs incontrôlables qui semblent remonter de tellement loin que ça fait peur. À la douleur physique s'ajoute déjà une douleur psychique intense.

Je suis épuisée. Juste de faire une petite toilette me vide de mes énergies. Outre la physiothérapie intensive, j'entreprends bientôt une psychothérapie sur les conseils du Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ). Il me semble que je pars de bien loin. Je pleure beaucoup là aussi. C'est comme si cette blessure physique avait ouvert toutes les autres, psychiques celles-là. Mon genou prend du mieux, lui. Cinq mois après l'accident, je m'apprête à aller au bureau pour faire au moins ma paperasse afin de

soulager un peu mes collègues. Je quitte la maison avec l'impression de retourner à l'abattoir. Incapable de fonctionner, je renonce après une heure, en larmes. Mon arrêt de travail va se prolonger. Je n'arrive pas à même m'imaginer y retourner. J'ai peur de mourir par mon travail. De mourir intérieurement. Je me sens déjà morte d'ailleurs. Sans vie, sans désir, sans espoir. Vide. J'aimerais mieux choisir ma mort que d'accepter de mourir à l'ouvrage. J'ai gardé plusieurs comprimés de narcotiques depuis ma chirurgie. Je ne les tolérais pas mais, pris tous ensemble, ils pourraient me garantir un arrêt respiratoire. Ça me rassure de savoir que, si ça devient trop intolérable, je pourrai y avoir recours. En revanche, je ne veux pas faire davantage souffrir mon conjoint qui m'aide comme il le peut dans cette traversée du désert. Et puis, je n'ai pas fait de testament et il se retrouverait peut-être à la rue si je décédais. Je me tiens donc loin du notaire pour me protéger d'un éventuel passage à l'acte.

Lorsque le psychologue, la semaine suivante, me demande ce que je dirais à un patient se présentant avec la même symptomatologie que moi, je sais qu'il s'attend à ce que je réponde : dépression. Mais est-ce que ça s'applique à moi? Je demeure d'abord incrédule face à la possibilité que mes symptômes justifient ce diagnostic mais, en y regardant de plus près, je reconnais le manque de concentration, la fatigue, l'anhédonie, la culpabilité, la tristesse et les idées suicidaires. Je dois me rendre à l'évidence et accepter le diagnostic que mon médecin de famille pose ensuite et fait confirmer par le psychiatre avec qui elle fera le suivi conjoint de ma condition. Une dépression majeure dite d'intensité modérée. Une fois la pilule avalée, il me semble que ce que je ressens est plutôt sévère. Comment puis-je être si affligée?

Professionnellement, il est certain que j'étais très impliquée dans mon travail. J'ai participé à maintes tâches médico-administratives et siégé à des tables de concertation diverses par lesquelles je voulais me montrer utile en contribuant à l'effort collectif de donner les meilleurs services possibles à la population. Ces tâches ont apporté leur lot de déception et de désenchantement, ce qui a miné mon énergie. Naturellement, elles s'ajoutaient à ma charge clinique qui n'était pas mince. Et puis il y a eu plusieurs grossesses simultanées au sein de nos troupes hospitalières, féminisation de la profession oblige. J'étais contente pour mes collègues mais aussi consciente que ça m'obligeait à travailler davantage alors que j'étais déjà fatiguée. Une certaine amertume se faisait sentir pour laquelle je me culpabilisais. Je faisais partie d'une bonne équipe et une équipe se devait de resserrer les coudes si nécessaire. Chacun en fait plus, certains plus que d'autres. Moi, j'étais bonne pour me sacrifier. Je faisais partie de l'équipe d'étoiles, comme m'a dit la chef du département peu après ma chirurgie, toujours prête à prendre sur mes épaules ce qui devait être fait mais ne trouvait pas preneur. Inévitablement, l'épuisement ne faisait plus que me guetter, il me tenait. Deux semaines avant ma chute, je disais en boutade que même morte je devrais quand même faire ma semaine de tournée. On pourrait dire que j'étais vraiment au bout du rouleau lorsque tout s'est écroulé. Comment ai-je pu me rendre si loin dans l'épuisement?

J'identifie rapidement d'où me vient le dévouement excessif qui m'a amenée à m'épuiser de la sorte. Il y a le fait qu'en tant qu'aînée de huit enfants nés sur une période de dix ans, j'ai tôt dû être grande, responsable et travaillante. Peut-être voulais-je être une bonne fille afin d'exister pour mes parents, faire en sorte qu'ils arrivent à me voir à travers le brouhaha de la nombreuse fratrie. Un moyen de défense. Je deviens la petite

filles modèle qui montre l'exemple, qui a le sens du devoir et de l'initiative. Celle que je crois que mes parents souhaitent que je sois. L'impression de devoir soulager ma mère et de l'épauler davantage afin d'alléger son fardeau semble me venir d'un moment bien précis où j'ai pris conscience de son épuisement. J'avais alors huit ans et elle venait d'accoucher de jumeaux au terme de sa sixième et avant-dernière grossesse. Entre le rond du poêle et le chaudron, elle avait interposé la planche à découper qui commençait à brûler. Dans ma tête d'enfant, j'avais évité un incendie et identifié un état d'urgence : maman allait devenir folle à force d'être au bout du rouleau. J'ai en quelque sorte décidé de me sacrifier pour le bien commun : en protégeant ma mère de la folie, je souhaitais que la structure familiale se maintienne. Ce sens du sacrifice de soi m'a sans doute été inculqué par mon éducation catholique. Dans cette perspective, on dit qu'il n'est de plus grand amour que de donner sa vie pour ceux qu'on aime. Si j'ai pris mes distances par rapport à la pratique religieuse, les traces de ce passé subsistent tout de même et ont pu en partie motiver la surenchère de dévouement dont j'ai fait preuve comme médecin.

Mais il n'y a pas que ça. Il faut aussi voir que me fut inculquée la notion du travail très bien fait. Passer la balayeuse, c'est bien mais encore faut-il qu'il ne reste plus une seule graine sur le tapis. Éplucher les patates, c'est encore bien mais il ne faut pas appuyer son ventre sur le comptoir parce que ça fait paresseux. Avoir des notes au-dessus de 90 dans toutes les matières, c'est juste normal. Ainsi, j'ai dû extrapoler en me disant que d'être un bon médecin, c'est déjà ça, mais d'en être un excellent est préférable. Je veux être aussi compétente qu'humaine. Je dirais même que je veux être reconnue comme telle. Ça me demande plus de temps mais tant pis. Je ne peux pas faire de compromis à ce niveau. Dans ma tête, j'ai intégré que ce qui méritait d'être fait méritait



de l'être à la perfection. C'est une bien grande exigence. Devrait-on dire une poursuite illusoire? Comment s'en dégager?

Six mois après mon accident, allongée sur une chaise au fond de mon jardin par une belle fin d'après-midi d'août, une idée monte en moi : et si je profitais de cette interruption dans ma vie professionnelle pour devenir art-thérapeute? J'étais une artiste avant d'être médecin et je caresse ce rêve depuis bien longtemps. Ça me permettrait d'unir mes forces dans une même activité. L'espoir avait surgi. Bien que naissant, il a fait reculer la mort. Me voilà qui construis des mobiles et qui entreprend un projet d'autoportrait en mosaïque de miroir. Par ces mobiles, je retrouve un certain équilibre. Cet autoportrait veut décrire la souffrance invisible qui me tenaille encore à ce moment. Cette invisibilité même de la douleur psychique est source de souffrance. Quand je vais à l'épicerie, une caissière s'informe régulièrement pour savoir quand je reprendrai le travail, maintenant que mon genou est fonctionnel. J'évite de passer à sa caisse. Si j'ai avoué ma dépression à mes collègues en me disant que la santé mentale ne devrait pas être taboue, il n'en reste pas moins que je n'ai pas le goût de le crier sur les toits non plus. Je sens comme une gêne sociale, comme si j'étais coupable de quelque-chose, comme si j'étais responsable de ma condition et que je n'avais qu'à me remuer pour en sortir. Or, je me remue.

Je retourne travailler à l'UCDG en septembre, soit sept mois après ma blessure. Dans les jours suivants, un torticolis associé à un déficit neurologique vient faire échec à cette tentative de réinsertion. Hernie discale cervicale avec radiculopathie. La douleur à mon bras gauche est atroce. Pire encore que celle de mon genou. Six autres mois plus tard, nouvel essai de retour au travail. Je me sens débordée bien que je ne m'occupe que

de trois patients par jour. Une collègue téléphone à mon médecin pour lui dire que je ne suis pas en état de travailler. Il faut dire que pour être fonctionnelle en tant que médecin, il me faudrait retrouver beaucoup plus de rapidité à analyser les données et de bien meilleures capacités de concentration et de prise de décisions. Mon projet d'études supérieures pourrait être un moyen de me rééduquer cognitivement.

La première étape est de monter mon dossier. Ainsi, afin d'être admise à la maîtrise en art-thérapie à l'Université Concordia, j'ai recommencé à créer pour ajouter des œuvres récentes à mon porte folio, j'ai rassemblé les divers documents requis et rédigé ma lettre d'intention avec ferveur. Quand on m'a finalement répondu que je ne me qualifiais pas pour être convoquée en entrevue, j'étais incrédule. Cet espoir, vital pour moi, m'a poussée à tenir bon plutôt que de m'avouer vaincue. Mes démarches ont finalement porté fruit lorsque j'ai pu convaincre deux membres du comité de sélection que ni ma qualité de médecin ni mon âge ne constituaient des empêchements et que ma foi était inébranlable. Finalement admise au programme, j'apprends, une semaine avant de déménager à Montréal pour commencer mes études, que j'ai un cancer de l'endomètre. Pris à ses débuts, ce cancer ne nécessitera qu'une chirurgie. Cette nouvelle épreuve fait que je commence ma maîtrise plus progressivement, ce qui est plutôt favorable dans un contexte de réadaptation cognitive. Je m'y mets de tout cœur. Au fil des trois ans qui mènent du début de ces études jusqu'à aujourd'hui, j'ai fait des apprentissages et des prises de conscience qui me permettent de voir les choses d'hier différemment. Je reviens donc à cette France qui vient de tomber par un beau jour de février 2009 pour voir où elle en était de sa vie.

Avec le recul, je peux dire qu'à mesure que l'épuisement me gagnait, je devenais plus irritable, ce qui me décevait de moi et contribuait à mon insatisfaction et, sans doute, à celle de mes patients aussi. Je devenais de moins en moins productive : tout me prenait encore plus de temps que d'habitude, ce qui me faisait rentrer encore plus tard à la maison. Les semaines de garde, qui revenaient toutes les cinq semaines, je ne travaillais pas moins de 90 heures. De m'en remettre me prenait de plus en plus de temps, même que je n'y arrivais jamais complètement avant que la prochaine garde n'arrive. Je m'étais mise à la gymnastique sur table et à l'aquaforme dans le but de me ressourcer mais ça ne semblait être qu'une goutte dans l'océan. Je ne prenais pas le dessus. Une plainte, de laquelle je suis sortie totalement blanchie, est venue rajouter un stress additionnel et fut peut-être la goutte qui fit déborder le vase. À partir de là, je crois que je roulais franchement à vide, m'enlisant chaque jour davantage dans cet état de fatigue avancée que je traitais par le mépris puisqu'il n'était pas possible de réduire le rythme : mes patients et mes collègues comptaient sur moi et je ne les aurais jamais lâchés pour un épuisement professionnel. Impossible. Que ce serait-il passé si je n'étais pas tombée?

Ce jour-là, le destin a eu raison de dire que de remettre ma démission à titre de coordonnatrice médicale de l'UCDG n'était pas suffisant pour me permettre de récupérer. J'avais besoin d'arrêter complètement. Ma jambe brisée m'obligeait à le faire. Cette blessure physique constituait une raison acceptable de stopper la machine. D'ailleurs, je ne savais pas que j'étais en épuisement professionnel et on ne me l'a jamais franchement dit, ce syndrome n'étant pas reconnu comme un diagnostic médical. Comme médecin j'en connaissais bien peu à ce sujet. Ce n'est qu'au cours des lectures que j'ai faites bien plus tard que je me suis familiarisée avec ce phénomène. Le fait d'analyser les

publications à ce sujet a permis de donner une autre dimension à mon expérience et j'en rends compte ci-après.

### **Recension des Écrits**

L'épuisement professionnel est le phénomène le plus étudié dans le spectre de la détresse médicale. Il conviendra donc de le définir. Il fut d'abord décrit comme un état d'épuisement et de perte d'intérêt de longue durée découlant d'une forte charge de travail. Il est plus tard devenu une condition d'épuisement physique et émotionnel ainsi qu'un processus à long terme où il y a discordance entre les idéaux et la réalité quotidienne (Arman, Hammarqvist, & Rehnsfeldt, 2010, p. 294).

Pionniers en la matière, Maslach et Jackson ont développé, en 1986, l'échelle qui sert encore aujourd'hui de mesure étalon en la matière, soit le *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Constituée de 22 questions, cette échelle évalue trois composantes: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la déficience du sentiment d'accomplissement personnel. Des outils spécifiques à la population médicale furent développés comme le *Family Physician Stress Inventory* (FPSI) mis au point par Lee, Stewart, et al. en 2008 et corrélant bien avec le MBI, ou le *Daily Distress Measure* (DDM), visant à capturer le spectre entre la fatigue, le stress et l'épuisement professionnel et proposé par Lepurn et al. en 2009. Ces échelles sont bien validées et fiables.

La plupart des études recensées traitant de l'épuisement professionnel chez les médecins établissent des taux de prévalence au moyen de questionnaires généralement auto-administrés. Elles évaluent qu'aux États-Unis la prévalence de l'épuisement professionnel est de 43 à 45% chez les étudiants en médecine, 40 à 76% chez les résidents et 56 à 80% parmi les médecins de famille (McCray et al., 2008, p.647). Au

Canada, Lee, Stewart, et al. (2010) rapportent des études d'abord conduites en Alberta en 2002 (Boudreau et al., 2006), puis à travers le Canada en 2003 (Boudreau et al., 2006) qui ont respectivement révélé que 48 à 56% et 46% des médecins étaient en phase avancée d'épuisement professionnel. Une autre étude a révélé que 50% des médecins identifiés comme souffrant d'épuisement professionnel rencontraient aussi les critères de dépression majeure (Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002, p. 627). L'épuisement professionnel conférerait à cette population un risque de suicide jusqu'à trois fois plus élevé que dans la population générale. Il serait néfaste à la relation patient-médecin, augmenterait le risque d'erreurs médicales, de prescriptions inopportunes et d'inconduite (Gundersen, 2001). Il occasionnerait aussi des retraites prématurées (Lee, Stewart, et al., 2008).

On a cherché des pistes de solution et identifié des facteurs de risque pouvant mener à l'épuisement professionnel chez les médecins. Mc Murray et al. (2000) se sont intéressés à la question du genre et ont trouvé que les femmes ont 60% plus de risque de rapporter un épuisement professionnel et que, pour elles, chaque cinq heures travaillées au-delà de 40 accroît ce risque de 15%. Les femmes auraient aussi tendance à avoir des clientèles plus complexes au niveau psychosocial, ce qui contribuerait à leur risque d'épuisement professionnel. Par contre, ils font aussi état d'une étude menée en 1999 par Frank, McMurray Linzer, et Bon qui indique que le fait d'avoir trois enfants ou plus conférerait une certaine protection par mitigation du stress. Lepburn Lockhart, et Keagan (2009) ont quant à eux identifié, parmi les spécialités médicales, celles où les niveaux de détresse étaient les plus élevés : médecins d'urgence, chirurgiens et médecins de famille. Ceux ayant des tâches médico-administratives en plus de leurs tâches cliniques étaient les

plus atteints. Les sources de stress le plus fréquemment citées par les médecins étaient la paperasse et les patients dits difficiles.

À cet égard, Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, et Van Dierendonck (2000) contribuent aux connaissances par leur démonstration que ces relations difficiles sont précurseurs d'épuisement émotionnel qui lui-même provoque la dépersonnalisation du médecin. Celui-ci, faussement protégé sous cette carapace, engendre encore plus de mécontentement chez le patient, le menant ainsi à un sentiment d'incompétence plutôt que d'accomplissement. Ainsi le cercle vicieux de l'épuisement professionnel serait intensifié et perpétué. Lee, Lovell, et Brotheridge (2010) confirment que les demandes des patients sont associées à l'épuisement émotionnel et aux symptômes physiques tandis qu'ils démontrent que les compétences de communication avec le patient, particulièrement l'interprétation des communications non verbales, procurent un sentiment d'accomplissement. Leurs résultats suggèrent qu'un répertoire d'expériences émotionnelles authentiques diminue les risques de dépersonnalisation sans provoquer d'épuisement émotionnel tandis que les manifestations émotionnelles affectées augmentent la dépersonnalisation et diminuent le sentiment d'accomplissement. Il semble donc que les aspects relationnel et émotionnel entre patients et médecins soient des variables d'importance dans l'équation de l'épuisement professionnel.

L'aspect existentiel de l'épuisement professionnel a été souligné par Arman, et al. (2010) qui ont mené une enquête herméneutique, poussés par les résultats d'une autre étude (Rehnsfeldt & Arman, 2008) ayant comparé des personnes souffrant d'épuisement professionnel avec d'autres atteintes de cancer et indiquant que les gens en épuisement professionnel se fermaient à leur souffrance et étaient incapable de vivre leur vie

comparativement à ceux atteints de cancer. Ils ont recruté 18 participants parmi les patients admis dans une clinique de médecine anthroposophique dédiée à l'épuisement professionnel. Ils les ont interviewés trois fois sur une période d'un an. Les résultats font ressortir des aspects qualitatifs importants. La discordance entre ce que la personne vit et la vie qu'elle veut vraiment devient trop grande. Le terme d'aveuglement existentiel est employé pour décrire l'état où « *The person struggles against the threat of meaninglessness* » (Arman et al., p.297). L'écroulement est un autre terme fréquemment utilisé par leurs participants pour décrire l'étape où la personne entre dans une pause obligatoire, cessant de faire pour être et entrant dans une phase de devenir où elle recherche une nouvelle compréhension de la vie. Vient ensuite une période où du chaos surgit le changement et où la personne devient moins exigeante envers elle-même en même temps qu'une gratitude croissante s'installe:

*It seems as if to existentially experience the potential to lead one's own life from inside, some kind of motivation to regain a natural life may be necessary. This implies first a new relation to what is metaphorically described as 'breathing' between rest and activity, secondly being seen and listened to in a close relationship and thirdly existentially experiencing the meaning of life and authenticity where a good and meaningful life appears.* (Arman et al., 2010, p. 300)

Peu d'études d'intervention dans la population médicale ont été conduites et jugées valables selon les critères fixés par McCray et ses collaborateurs qui, en 2008, ne retinrent que 9 articles sur les 190 recensés. Des cours sur la gestion du stress, des groupes de méditation de pleine conscience et un programme de discussions informelles rappelant les groupes Balint ont été jugés intéressants. Quant aux études en art-thérapie

auprès de la population médicale, elles sont encore plus rares. Julliard, Intilli, Ryan, Vollmann, et Seshadri (2002) ont voulu évaluer la présence de stress chez 16 résidents par la recherche de signes visuels de la présence et de la force des mécanismes de défense utilisés dans leurs œuvres artistiques. Ils suggèrent plus de recherche pour déterminer comment ces derniers se manifestent visuellement. Mercer, Warson, et Zhao (2010) ont, quant à eux, proposé à cinq résidents et cinq patrons de tenir un journal visuel. Les participants ont commenté leur expérience subjective en disant que ça les avait aidés à se calmer, qu'ils avaient ressenti une prise de pouvoir, que ça avait servi à mettre leurs stressés en perspective, qu'ils avaient eu la surprise de voir émerger des images provenant de leur inconscient. Une autre étude (Brooks, Bradt, Eyre, Hunt, & Dileo, 2010), randomisée et contrôlée cette fois, a utilisé la musique, l'imagerie guidée, la création de mandalas et l'écriture suivies de discussions. Les 6 ateliers offerts, d'une durée de 75 minutes, étaient menés par des musicothérapeutes et se déroulaient sur les lieux de travail. Un total de 52 participants sont demeurés dans l'étude parmi lesquels les sujets contrôles étaient sur une liste d'attente. Les résultats quantitatifs n'ont pas démontré de changement suite à la participation mais les données qualitatives semblent indiquer des effets positifs à l'intervention : soulagement du stress et de l'anxiété, sentiment de bien-être, évocation d'émotions positives. On peut penser qu'une intervention plus soutenue et la participation d'art-thérapeutes auraient donné des résultats plus probants.

Dans mon cas, on peut dire rétrospectivement que le cumul de mon genre, de ma spécialité médicale, de mes semaines de 90 heures et de mes nombreuses activités médico-administratives me mettait à haut risque d'épuisement professionnel au départ.



Bien avant ça, on peut dire que la nature même des qualités qui ont fait de moi une bonne candidate m'exposait déjà au danger. « *Professionally desirable traits, such as a desire for high achievement and perfectionism, could also have contributed to depression, burnout, and higher suicidal rates among physicians.* » (Lee, Stewart, et al., 2008, Conclusion, para.3) Mes lectures concernant le perfectionnisme offrent d'ailleurs à cet effet d'autres pistes, car s'il est souhaitable pour un médecin de viser la perfection dans sa prestation de services, cette quête peut aussi devenir un piège.

Bien qu'il existe un débat à cet égard, les publications traitant du sujet distinguent souvent, depuis qu'Hamachek l'eût fait en 1978, deux types de perfectionnisme dont l'un serait adaptatif et l'autre mal-adaptatif. Les deux catégories ayant de hauts standards, ce serait la capacité de retirer de la satisfaction suite aux efforts consentis qui discriminerait les uns des autres. Ainsi, le perfectionniste mal-adaptatif pense toujours qu'il aurait pu ou dû faire mieux. Est-ce que le perfectionnisme adaptatif serait relié positivement au sentiment d'accomplissement personnel et le mal-adaptatif négativement, rendant les uns plus vulnérables que les autres à l'épuisement professionnel? Plusieurs outils cliniques ont été développés pour dépister le problème que représente le perfectionnisme dit mal-adaptatif. Devraient-ils être appliqués aux candidats aux études médicales afin de ne sélectionner que les perfectionnistes adaptatifs ou administrés plus tard en cours de formation avec une visée préventive et de l'aide disponible? Mais comment intervenir sur le perfectionnisme?

Il est intéressant de voir d'abord comment on le définit dans sa version égo-dystonique. « *Perfectionism is understood as a desire for perfection, a fear of imperfection, the equating of error to personal defectiveness, and the emotional*

*conviction that perfection is the route to personal acceptability.* » (Greenspon, 2008, p. 263) Ce n'est alors plus qu'un désir mais un moyen de répondre à un besoin essentiel, celui d'être accepté comme personne. Cette acceptabilité en tant que personne, qui découle de la nature de l'attachement, serait en lien avec la régulation émotionnelle et constituerait le cœur même du problème (Aldea & Rice, 2006, p. 499). Il semble en outre qu'un milieu fournissant une acceptation conditionnelle ou inconstante constitue un terrain propice au développement du perfectionnisme (Halgin & Leahy, 1989, p.223). Dans leur étude publiée en 2006, Aldea et Rice citent plusieurs travaux ayant démontré le lien existant entre perfectionnisme et style d'attachement : les perfectionnistes mal-adaptatifs tendraient à développer un attachement anxieux et évitant. Des tendances à prendre en charge, à se sentir méritoire, un grand besoin de reconnaissance et une attitude précautionneuse ont également été remarqués chez les perfectionnistes (Stoltz & Ashby, 2007, p. 419). À partir de là, on peut envisager que le traitement psychologique indiqué devrait se baser sur une alliance thérapeutique forte reposant sur une acceptation inconditionnelle qui permette une réparation de l'attachement blessé. Toutefois cette alliance pourrait être plus difficile à nouer et la réponse aux interventions psychologiques classiques s'avérer moindre dans cette population (Aldea, Rice, Gormley, & Rojas, 2010, p. 1195). Pourrait-on alors proposer l'art-thérapie comme intervention alternative et considérer que l'œuvre d'art créée en présence d'un art-thérapeute agirait comme un médiateur dans la construction de cette alliance?

### **Mon Histoire en Images**

En tant que future art-thérapeute, j'ai voulu voir comment se traduirait visuellement mon expérience. Ce processus d'exploration en image pourrait correspondre à une

nouvelle phase d'immersion. J'ai voulu laisser le pinceau parler, les couleurs se choisir toutes seules, le flot courir. Chaque fois que je m'y suis mise, j'ai pris un moment pour me retremper dans l'expérience, me remettre autant que possible dans l'état où j'étais alors. J'ai ainsi produit 16 images à la fin de l'automne 2012. Je les regarde comme on feuilletterait un grand livre. L'ordre dans lequel je les ai créées est-il le bon? Je les redistribue pour que l'histoire prenne son sens. Qu'est-ce qui me guide dans cette intervention? N'est-il pas intéressant de noter que la deuxième page du récit, celle représentant en quelque sorte ma charge de travail, correspond à l'avant-dernière image créée? Si effectivement cette charge de travail a eu un rôle étiologique dans mon épuisement professionnel, comment se fait-il que ce n'est qu'à la toute fin du processus que je l'évoque? Il semble que j'aie plutôt exprimé des émotions qu'exploré les causes de ma détresse dans cette série. C'est une vision intuitive que ma main a dépeinte.

La toute première image (voir Planche # 1) s'est peinte toute seule. Quand je l'ai faite, elle m'a tout de suite émue. En quelques traits, je voyais un résumé de ce qui m'était arrivé : un électrocardiogramme faiblard devient un tracé plat après avoir traversé un obstacle figuré par le caducée encerclé d'un stéthoscope dans lequel il y a une discontinuité centrale. Dans mon cahier de recherche j'ai noté les premiers mots venus : « D'avoir tant tendu l'oreille à celui des autres, je n'ai plus entendu le battement de mon cœur. La mort dans l'âme tracée sur papier. » J'avais perdu contact avec moi-même en m'investissant autant pour le bien d'autrui. Je n'avais aucune perspective d'avenir à continuer de la sorte, ce dont témoigne le tracé plat.

La deuxième image (voir Planche # 2), qui fut créée tardivement, découle d'un processus plus cognitif que la majorité des autres. Elle s'est construite quand, après avoir

eu l'impression d'avoir visuellement fait le tour de l'expérience, j'ai réalisé que je n'avais pas encore exprimé les conditions préalables à l'installation de mon épuisement professionnel. J'ai choisi de procéder de façon plus descriptive qu'affective, privilégiant les pastels à l'huile au lieu de la gouache en pain utilisée dans la plupart des dessins de la série. On pourrait intituler la pièce « La jongleuse débordée ». J'y tiens l'hôpital à bout de bras, presque à moi toute seule et d'une seule main, tandis que mon autre bras levé arrive à peine à la hauteur de toute la paperasse qui m'attend. Les chaises sont vides dans la salle d'attente du bureau car je suis de garde à l'hôpital. Les patients s'accumulent. À gauche, les diverses tables de concertation auxquelles j'ai participé. On pourrait lire une certaine détresse dans les yeux de la jongleuse qui pourtant ne fléchit pas.

La troisième image (voir Planche # 3), peinte en deuxième, a mis 12 secondes à se fixer sur le papier. Des traits rouges y dominent, semblant évoquer un personnage qui s'enlise, qui cale de plus en plus jusqu'à ne plus être que le fantôme de lui-même. Je sais maintenant que cette métaphore représente l'épuisement graduel et inexorable qui s'installait chez-moi jusqu'à ce que je ne sois plus que l'ombre de moi-même. Est-ce que le nombre de traits représente le nombre d'années qui ont précédé l'accident? J'en compte quatre avec une pente plus abrupte la dernière année avant la chute. Est-ce que ces marques rouges témoignent des étapes d'enlissement jusqu'à la dépersonnalisation? Dans le mouvement très énergique, presque violent, de faire ces traits, je ressentais la force des attaques faites au personnage qui s'enfonce. « Frappée de toutes parts, je m'écrase de plus en plus jusqu'à presque mourir. Je flotte dans le vide. » Tels furent les mots qui montèrent alors.

La quatrième image (voir Planche # 4) représente l'œil du destin qui m'a dans sa mire. Il foudroie du regard, implacable. Beaucoup de rouge au bas de l'image: une mare de sang représente l'inévitabilité de la douleur qui m'attend. Gris, vert, bleu, violet, brun. Le processus en a été plus laborieux que celui des deux premières images, plus volontaire, mais en même temps, j'y étais bien engagée. L'œil est souvent un symbole de perception intellectuelle ou de clairvoyance. Avais-je une sorte de préscience de ce qui allait m'arriver quand je disais à la blague, quelques jours avant de tomber, que même la mort ne pourrait me libérer de mes semaines de garde? Cet œil sévère peut encore représenter mon super égo, le juge sévère et punitif de qui j'aurais suscité le courroux.

L'image suivante (voir Planche # 5) m'a plutôt surprise. Voulant représenter l'écroulement de mon édifice personnel, c'est un genre de conifère brûlant qui apparaît au centre. Les conifères demeurent verts l'année durant mais contiennent aussi de la térébenthine qui fait qu'ils peuvent s'enflammer facilement. Un personnage quasi clownesque passe devant en vitesse, semblant jeter quelque-chose par-dessus son épaule. Il est pathétique, une larme sur chaque joue dont une de sang. Son regard porté vers l'avant, il est à la veille de sortir du cadre. Ça me rappelle le jour où je suis venue porter ma lettre de démission à l'hôpital. « Par-dessus bord, mi-figue mi-raisin, je suis brûlée. » sont les mots que j'ai notés sur le coup.

La sixième image (voir Planche # 6) représente un personnage en fauteuil roulant. Son profil rappelle celui d'un poisson. L'intérieur de son crâne est serti de stalagmites et de stalactites rouges, comme une mâchoire prête à se refermer sur ce cerveau, à le déchiqueter. Je vois une protrusion derrière son cou. Est-ce une évocation de la hernie cervicale qui était encore loin de se manifester lorsque ma jambe a lâché? Il y a aussi ce

bras tendu, jaune bordé de rouge, qui me fait souvenir de la nécessité et de la difficulté que j'ai eue à demander l'aide dont j'avais besoin. Les couleurs quasi fluorescentes qui jonchent le sol vont par vagues et se superposent. Figurent-elles l'évidence de la houle qui allait suivre ma chute?

La septième image (voir Planche # 7) représente un incendie. Au centre, la photo d'un arbre solitaire, ravagé par les flammes. Le feu est pris dans la savane. Sauve qui peut! Le ciel est vaste et lourd. Sa promesse m'est restée invisible au moment de sa création mais aujourd'hui, en le regardant, je me dis qu'il pleuvra peut-être. Pleuvra-il assez pour éteindre ce feu qui semble tout vouloir dévorer? Cette image m'a été difficile à tolérer sur le coup. J'ai noté : « C'est comme assister à mon incinération. »

L'image d'ensuite (voir Planche # 8) a été construite à partir d'une image découpée dans un magazine, celle d'un grand arbre sur les branches duquel sont montées des femmes qui surveillent l'horizon. Au pied de l'arbre, un personnage se traîne, son sang renversé sous lui. Je pense à mes collègues qui ont tenu le fort et compensé pour le travail que je ne pouvais plus faire. J'ai senti leur compassion malgré les difficultés que leur posait mon absence. Pendant qu'ils veillaient au grain, je pouvais m'occuper de soigner ma ou mes blessures. Je ressens beaucoup de calme en regardant cette image. Et puis je me demande si mes collègues m'auraient démontré autant de compassion advenant que je sois partie pour un *burnout* au lieu d'être rendue invalide suite à un accident. Bien que je leur reconnaisse de grandes qualités de cœur, je dois avouer que j'en doute.

La neuvième image (voir Planche # 9) me dérange depuis que j'y ai mis la dernière main. Deux gros yeux au tiers inférieur, avec du noir au-dessous et des spirales multicolores au-dessus. Une image sur laquelle je semblais vouloir m'acharner, ajoutant

sans cesse des éléments de collage purement décoratifs, comme si je cherchais à masquer quelque-chose. Qu'est-ce qu'elle a à me déranger? C'est presque l'impression d'une transe hallucinatoire. C'est trop. J'en fais trop. « Regard de chouette apeurée, elle cherche dans le noir. Les idées se bousculent dans sa tête. Déjà, le germe de l'espoir est semé. » Est-ce ce bouillonnement cérébral qui m'a semblé porteur d'espoir ou le signe  $\psi$  que j'ai placé entre les deux yeux. Est-ce que ça correspond au moment où j'ai reçu mon diagnostic de dépression? Si c'est le cas, c'est sans doute en partie une source d'espoir que de mettre un nom sur ce qui nous atteint. Ainsi peut-on s'y intéresser plus spécifiquement. Soigner une jambe brisée c'est une chose, mais tenter de soulager la souffrance psychique en est une autre. En bout de ligne, ç'est cette dernière qui m'aura gardée hors-jeu le plus longtemps.

Dans la dixième image (voir Planche # 10), j'ai voulu capturer ma sensation de retourner à l'abattoir lorsque j'ai remis les pieds au bureau pour la première fois. J'ai peint de façon plus intentionnelle et représenté une vache marchant calmement vers la guillotine derrière laquelle il y a une masse rouge, représentant encore le sang, celui déjà versé par d'autres l'ayant précédée. Elle semble aveugle à la situation. D'ailleurs son œil est comme masqué. D'emblée, j'ai trouvé que le sentiment que me donnait le dessin ne correspondait pas à l'intensité de celui que je voulais représenter, cette sensation de détresse que j'avais ressentie en partant pour le bureau la première fois que je l'ai fait. On pourrait dire que j'ai rejeté ce dessin et m'apprêtais à le mettre de côté pour un autre, fait plus tard dans la même intention. Je crois aujourd'hui qu'il faudra inclure les deux et accepter de regarder à nouveau cette représentation qui possède sa propre vérité. J'ai peut-être pensé à une vache à cause de la sensation que j'avais eue d'avoir été une bête de

somme dont l'épaule restait tellement marquée par la blessure du joug porté que même un effleurement demeurerait douloureux. Ma vache a la queue basse, peut-être le seul indicateur de la peur qui l'habite. Ses jambes sont bien frêles. « La vache semble ne se douter de rien. Elle y va de son plein gré, mais sur des jambes flageolantes. Ses jambes savent. » Son stéthoscope lui enserre le cou et sa cloche ressemble à un pendule resté figé. Composé de gros traits gris zigzagants, son environnement semble hostile et froid. Derrière la lame de la guillotine, il n'y a rien que ce sang accumulé qu'elle ne voit pas. D'autres sont passés par là et y ont laissé leur vie mais elle n'en sait rien. La vache avance vers la lame avec une docilité qui m'enrage. J'ai envie de la secouer pour qu'elle se réveille et s'enfuie. Si j'assimilais mon travail à un abattoir, c'est que je n'étais pas prête à y retourner.

La onzième image (voir Planche # 11) est celle où je reprends l'intention de dépeindre le sentiment de terreur qui me tenaillait le matin où je suis allée au bureau, cette sensation d'aller à l'abattoir. Ici, c'est un chien et il semble effectivement avoir tellement peur de ce qui vient du coin supérieur gauche qu'il s'automutile en se rongant le dos. À sa droite, un visage implacable. Ce qui semblait en position d'être protecteur paraît insensible et intransigeant. Est-ce la représentation de mon intransigeance envers moi-même, de celle dont je faisais preuve lorsque je voulais éloigner les fumeurs de l'entrée de l'hôpital? Le chien est seul, il essaie de freiner, il ne veut pas y aller, il sent sa mort certaine s'il obéit à la menace qui vient d'en haut. Ce foudroiement venu d'en haut me fait penser aux assurances qui nous veulent de retour au travail le plus tôt possible. Je devais prouver ma bonne volonté et y aller, comme la vache de l'image-sœur. L'état dans lequel ça me mettait était celui de la certitude d'en mourir si je retournais comme ça.



C'est à partir de ce moment qu'il est devenu clair qu'il y avait là plus qu'un trouble d'adaptation à ma blessure et qu'on a diagnostiqué une dépression.

À la douzième image (voir Planche # 12), on voit un visage de femme. Pensive, elle semble tendre la joue. Le ciel est vaste et nuageux derrière elle. Elle porte trois croix sur la tête, déposées à la toute fin avec l'impression qu'avec elles, l'image prenait son sens. Sur le coup, j'ai vu la soumission, le manque de combativité et même la sérénité. J'ai l'impression qu'elle accepte son calvaire. D'un œil, elle regarde son passé avec tristesse et de l'autre, elle regarde les nuages devant elle avec confiance. J'ai d'abord été déçue par ce manque de combativité que je voyais chez-elle comme chez la vache. Maintenant, si je me replace à ce moment-là, je me souviens avec empathie que je n'en menais pas large. D'accepter de vivre ma souffrance plutôt que de la fuir ou de la combattre était sans doute le mieux que j'avais à faire.

La treizième image (voir Planche# 13) montre deux personnages : en avant-plan, c'est moi, attachée à mon bûcher rouge avec une larme noire qui coule sur ma joue, tandis qu'en arrière-plan, c'est mon conjoint qui m'observe de loin et se débrouille comme il peut avec son propre bûcher. Il doit se mettre un masque pour ne pas suffoquer de la fumée qui se dégage du mien. Une grosse loupe sur pied est orientée vers trois traits rouges. J'examine mes blessures intimes de très près. À mes pieds, une masse brune sous laquelle se glisse un trait de bleu et une masse brune recouverte de la même couleur que le bûcher de mon conjoint. Ma merde est exposée tandis que la sienne est encore sous couvert. Il était sans doute difficile pour mon partenaire d'être témoin de ma souffrance; ma mésaventure l'attristait tellement qu'elle l'a entraîné malgré lui dans un état de

détresse qu'on n'a détecté que plus tard. Dommages collatéraux dont on parle peu dans la littérature portant sur la détresse médicale.

Dans l'image suivante (voir Planche # 14), ayant remarqué la récurrence des larmes dans mes dessins, j'ai voulu aller y voir de plus près. Trois grosses larmes reposent chacune dans une cupule rouge. Dans la première, un contenu plutôt informe. On dirait un « S » rouge avec un dôme bleu. Dans la larme suivante, un nouveau-né apparaît en bas, puis s'ajoutent d'autres enfants plus grands et une mère enceinte. Dans la dernière larme, une forme apparaît qui ressemble à une éprouvette dans laquelle trempe un long instrument ressemblant à une pince à col. L'ensemble évoque vaguement un SOS. Moments de détresse, probablement préverbale dans la première goutte puis, plus consciente dans la seconde, alors que dans la dernière je n'identifie d'abord qu'un instrument chirurgical. En dialoguant avec l'œuvre, j'associe la première larme à l'accident de voiture dont je fus victime à six mois et qui m'a sans doute marquée plus profondément que je n'aurais pensé, la seconde à ma prise de conscience de la tâche que sa marmaille représentait pour ma mère que je crus devoir aider davantage. Ce n'est que plus tard que je parviens à comprendre que la troisième est reliée à l'avortement que j'ai subi à 18 ans. Des événements fondateurs, probablement, et dont l'impact émotif a été largement refoulé. Si les larmes se liquéfiaient, les cupules qui les supportent ne parviendraient certainement pas à contenir ce qui se répandrait alors.

La quinzième image (voir Planche # 15) est en deux épaisseurs : d'abord un gros visage qui pleure au centre duquel un personnage est étendu sur le dos, montrant son nombril rouge. Des traits entre les yeux et le nombril indiquent une attention soutenue sur ce dernier. L'image est recouverte d'un papier de soie gris au bas duquel s'élèvent des

flammes. J'ai l'impression qu'il décrit un état d'impasse en psychothérapie. Je me fouille les entrailles du regard mais la vraie vérité demeure voilée et continue de brûler. Mes larmes, derrière le voile gris, ne sont pas en position d'éteindre ce feu qui est au premier plan et demeure actif. Est-ce donc en vain que j'examine mes plaies? Visuellement, cette œuvre me déplaît, peut-être à l'instar de ma frustration d'avoir l'impression de piétiner en psychothérapie.

La dernière image de cette série (voir Planche # 16) est la représentation du jour où j'ai entrevu la possibilité d'aller me former en art-thérapie. C'est la lumière au bout du tunnel. La noirceur qui entoure cette lumière est très riche en couleurs et semble présenter un caractère explosif. La lumière jaune qui se profile au centre a une forme complexe et on croirait qu'elle a des ailes. Un drôle d'oiseau en forme de citron qui vole bien qu'il semble trop gros pour le faire. Une supernova qui libère son énergie au fond d'un trou noir. La reconstruction de la matière dans une forme lumineuse. L'illumination. Oui, c'est ça. C'est bien une illumination que j'ai eu ce jour-là. À partir de là s'est opérée ma transfiguration. Du chaos initial dans lequel m'a précipitée ma blessure au genou et par un réassortiment graduel de mes morceaux, je ressors me sentant moi-même plus que jamais. Ainsi un chemin de douleur se transforme en croisée existentielle. D'un médecin épuisé je suis devenue celle que je suis aujourd'hui, sur le point d'obtenir ma maîtrise en art-thérapie et de commencer une autre pratique. Cette histoire ressemble ainsi à un conte de fées avec tous les ingrédients qu'on y retrouve ordinairement. J'en serais la princesse précipitée dans une périlleuse quête suite à un grand malheur. Sur sa route, maints obstacles qu'elle parvient néanmoins à vaincre grâce à une force venue on ne sait d'où pour l'aider à atteindre un but, à réaliser un rêve.

### **Analyse des Données**

Les données auxquelles je réfère ici proviennent de trois sources : la narration de mon expérience intime de la détresse médicale, la recension des écrits à propos de l'épuisement professionnel chez les médecins et à propos du perfectionnisme, et finalement les images créées pour documenter mon périple ainsi que les réflexions qu'elles ont suscitées. En associant et en croisant ces informations, je procède en quelque sorte à une reconstruction multimodale de l'expérience. Ces associations plutôt libres donnent lieu à des observations et à des recoupements qui suscitent de nouvelles questions, préparant ainsi le terrain pour accéder à une compréhension plus approfondie du phénomène, ce à quoi la présente section est consacrée.

D'abord, comme la recension des écrits a permis de le constater, on peut dire que l'expérience que j'ai vécue ressemble à celles d'autres médecins qui sont aussi passés par l'épuisement professionnel. Ainsi, on peut dire que mon genre et ma pratique me prédisposaient déjà à vivre un épuisement professionnel. Sans en connaître les composantes, je les ai vécues toutes les trois: une fatigue de plus en plus grande à laquelle a suivi un état d'épuisement émotionnel, première composante de l'épuisement professionnel, qui a à son tour entraîné la distanciation et le cynisme qui caractérisent la dépersonnalisation, seconde de ses composantes, occasionnant alors un surcroît de difficultés relationnelles avec les patients, le tout aboutissant à un sentiment de manque d'accomplissement personnel à travers ma profession, troisième des composantes de l'épuisement professionnel. Je peux nommer ces choses maintenant mais les vivais sans savoir de quoi elles témoignaient et sans bien m'en rendre compte. Cette capacité de faire taire la souffrance pour pouvoir continuer semble être la norme plutôt que l'exception

chez les gens qui souffrent d'épuisement professionnel. Je ne suis pas différente des autres en ce sens que j'ai mis beaucoup de temps à atteindre le point de rupture. Pour moi, la croisée des chemins et l'écroulement décrits par les personnes atteintes d'épuisement professionnel sont arrivés littéralement, physiquement, lorsque je suis tombée. N'ai-je pas eu de la chance plutôt que de la malchance dans tout ça?

Je m'interroge à la fois sur ce qui serait advenu de moi sans cet accident et sur les conséquences qu'il aurait eues si je n'avais pas été épuisée avant de tomber. Car finalement, ce qui s'avérait être une catastrophe s'est transformé en véritable bénédiction, m'ayant permis de me resituer face à moi-même et de prendre un chemin autre qui satisfasse mieux mes aspirations profondes. Cet aboutissement ne diffère pas de ce que les publications au sujet de l'épuisement professionnel nous disent, en ce sens qu'il mènerait le plus souvent à une redéfinition existentielle et qu'il augmenterait la probabilité de quitter la pratique médicale prématurément.

Sans cet accident, j'aurais probablement continué à travailler et à m'épuiser davantage pour être solidaire de l'équipe médicale et présente à mes patients. Comme la bonne fille que j'ai toujours été l'aurait fait. Jusqu'où serais-je allée? Quelles en auraient été les conséquences? Comment serais-je parvenue à m'en sortir? Maintenant, je comprends mieux comment je suis devenue cette fillette qui se sacrifie pour les autres et comment j'ai voulu être non seulement un bon médecin mais un excellent. J'en arrive même à concevoir la possibilité que l'accident d'automobile survenu alors que je n'avais que six mois et demi ait eu un impact non négligeable sur la formation de ma personnalité. En voiture avec mes parents, dans les bras de ma mère, nous partions pour une fin de semaine dans une auberge lorsque nous nous sommes retrouvés sous un

camion resté en panne au tournant de la côte. Ma mère s'étant fracturé le coude, elle m'avait amenée avec elle en convalescence chez ses parents, à Cabano, tandis que mon père, indemne, restait travailler à Baie-Comeau. Maman ne pouvant plus ni me prendre, ni me langer, ni me donner à manger ou me donner mon bain, je vivais une grave séparation à un moment crucial de mon développement. C'est une des sœurs de ma mère qui s'occupait de mes besoins. J'ai parlé récemment avec cette tante qui m'a appris que j'avais du sang qui me sortait des oreilles, du nez, des yeux et de la bouche après la collision, ce qui m'a passablement ébranlée. Elle m'a aussi informée du fait qu'une autre de mes tantes était en convalescence d'une dépression post-partum à Cabano en même temps que nous, avec un poupon qui pleurait tout le temps et qu'elle devait constamment consoler. Donc peu de disponibilité pour moi. Il semble que je ne pleurais pas. Déjà raisonnable, de la graine de faux-soi.

J'ai l'intuition que les semences d'une insécurité dans l'attachement furent alors jetées en terre. C'est possiblement la source de mon perfectionnisme, un perfectionnisme au moins partiellement mal-adaptatif : être parfaite pour m'assurer d'être aimée. Et ce perfectionnisme tant recherché chez un futur médecin s'est avéré être un gouffre très profond pour moi. Comme médecin, j'avais besoin d'être irréprochable, voire remarquable, face à mes collègues. Comme je l'ai déjà dit, je voulais être d'une compétence exemplaire autant que profondément humaine pour mes patients. Tout donner pour être aimée de tous. Comme s'il fallait que je donne sans réserve, que je fasse toujours plus qu'attendu, que j'excelle et que je brille plutôt que de simplement être pour qu'on m'accepte. En soi, de telles exigences envers soi-même sont non seulement épuisantes à satisfaire mais carrément irréalistes. La sagesse populaire dit que la

perfection n'est pas de ce monde. Le fait de viser à l'atteindre n'est pas un mal en soi dépendant de ce qui motive cette quête et de la souffrance qu'elle engendre. Je me demande quelle est la proportion de perfectionnistes adaptatifs et mal-adaptatifs chez les médecins et si ces derniers sont surreprésentés parmi ceux qui sont en épuisement professionnel.

Il m'apparaît important d'explorer la symbolique sous-jacente au fait que ce soit le plus fort des tendons du corps, celui du quadriceps, qui se soit aussi bêtement déchiré. Ce tendon est essentiel à station debout et à la locomotion. Le quadriceps, en se contractant, permet l'extension de la jambe sur la cuisse. Sans ce tendon, la contraction musculaire n'entraîne pas de mouvement. La jambe ne peut plus alors que fléchir par gravité. Ainsi apparaît la gèneuflexion : il fallait peut-être que je mette le genou par terre pour m'avouer vaincue en toute humilité. Que je me montre enfin respectueuse face à mes limites. Ça donne aussi à penser que même ceux qu'on croit les plus forts peuvent se briser. On pourrait également voir ce tendon comme la grande tension qui m'habitait, mon sens aigu du devoir qui me retenait de tout lâcher. Je pense à un élastique tendu très fort pendant une longue période et qui s'évente, finissant par se rompre malgré ses qualités intrinsèques initiales. L'improbabilité même de la rupture de ce tendon me porte à croire qu'il s'agissait d'un rendez-vous aussi incontournable qu'imprévisible. L'image d'un coup de karaté asséné sur mon genou pour m'obliger à m'arrêter me vient en tête. Comme si mon défunt père, cet homme pour qui le travail était une valeur capitale, avait reconnu que j'avais finalement assez travaillé et qu'il était intervenu pour forcer le destin, lui-même figuré par le grand œil implacable (voir Planche # 4).

L'illustration de ma souffrance par le sang dans plusieurs images me rappelle celui du Christ versé pour nous, selon la tradition catholique qui fut la mienne. Le sacrifice ultime de sa vie pour sauver celle des autres. Mais le sang symbolise plus traditionnellement la vie que la mort. Peut-être est-ce ici l'illustration de la souffrance liée à la nécessité d'en finir avec un état d'être pour permettre l'émergence d'un nouvel ordre des choses. Mes souffrances m'ont en partie forgée : mes vulnérabilités ont suscité les mécanismes de défense par lesquels j'ai survécu et qui me structurent. Mon sens du sacrifice me vient non seulement de ma culture religieuse mais aussi de mon besoin d'être vue, remarquée, reconnue, aimée. S'il s'est d'abord manifesté dans ma famille, alors que j'ai en quelque sorte renoncé à une partie de mon enfance pour seconder ma mère, il a continué de se faire jour à l'âge adulte dans ma profession de médecin. Ce sang répandu au nom d'un intérêt supérieur a néanmoins un goût amer. On ne semble pas remarquer à quel point je deviens exsangue à force de puiser dans mes énergies vitales. Je suis toujours la dernière à quitter l'hôpital, poussée par mon perfectionnisme à ne rien laisser m'échapper. Ma mère, à qui je me plains de travailler de si longues heures, me répond que, durant cette semaine de 104 heures, il y a sûrement eu un cinq minutes de satisfaction. Faudra-t-il que je meure à la tâche pour qu'elle ait enfin pitié de moi?

Le sang est souvent associé au feu, qui est aussi présent dans mes images. « Le sang symbolise toutes les valeurs solidaires du feu, de la chaleur et de la vie qui s'apparentent au soleil » (Chevalier & Gheerbrant, 1969, p. 843). La vie, la mort, si intimement liés dans le même symbole. Le feu ravage le paysage avant de permettre à une nouvelle vie d'éclore. Pendant qu'il brûle, il est difficile d'envisager ce qui naîtra des cendres, tout occupés qu'on est de sauver sa peau. En tous cas, quand j'étais en mille



miettes et qu'on me disait que ça m'amènerait à de grands changements, je ne voyais rien que la désolation du moment présent. J'étais incapable d'envisager l'avenir. Je ne voyais rien du tout. Le trou noir. Un jardinier répondrait que c'est dans l'obscurité la plus profonde que germent les semences et qu'il faut être patient.

Est-il possible d'entendre ces messages d'espoir lorsqu'on est au cœur d'une telle tourmente? Quand tout en soi crie en même temps dans une cacophonie assourdissante? J'entends encore ce tintamarre quand je regarde l'image des yeux effarouchés sous le cerveau en ébullition (voir Planche # 9), l'image que j'ai tant décorée de collage et de dorure comme pour éviter de la voir telle qu'elle était, sans artifices. Je veux encore éviter d'y plonger. C'est mon impression de sombrer dans la folie qui semble y être dépeinte. Les idées en spirale qui se bousculent dans ma tête débouchent-elles sur des culs-de sac ou sur l'infini? Où ça va-t-il me mener? Je ne sais pas. J'ai peur mais je garde les yeux bien ouverts. Est-ce le début de la fin de l'aveuglement existentiel, tel que décrit par Arman et al. (2010)? Ce moment où on accepte de s'ouvrir à la douleur qui nous habite en est un de désarroi. Mais il est porteur d'espoir car c'est la première étape sur le chemin d'un mieux-être, chemin qui sera certes semé d'écueils mais dont on souhaite qu'il nous conduise hors de l'abîme où on est plongé.

L'accompagnement sur cette route est essentiel. L'amour de mon conjoint en fut la première source. Il m'a aussi été offert par mon médecin de famille qui a veillé sur moi aux heures les plus sombres et m'a soutenue tout au long de mon rétablissement. Connaissant la nature de mon travail, elle pouvait comprendre d'où je venais. Elle faisait preuve d'empathie et de compassion à mon endroit. Je savais que je pouvais compter sur elle. Mon psychologue de l'époque m'a aussi offert une qualité d'écoute qui m'a permis

de verbaliser mes peines quelles qu'elles soient. J'ai déversé en sa présence des torrents de larmes, ces larmes si présentes dans les images créées pour rendre compte de mon expérience. Ce suivi humaniste m'a permis d'identifier certains des éléments qui avaient favorisé un tel dépassement de mes limites. Cependant, ce professionnel semblait nourrir peu d'espoir que je puisse un jour me défaire de ces traits si profondément inscrits en moi et dont il faudrait toujours se méfier. Ce constat d'impuissance me laissait découragée. Si je ne pouvais pas changer, comment allais-je pouvoir vivre en souffrant moins?

Il est sans doute vrai de dire que certaines blessures sont si profondes qu'on en garde toujours les cicatrices. C'est la conscience de leur présence qui permet de mieux les voir lorsqu'elles se manifestent et d'être ainsi plus libre dans la façon d'y réagir. Mais cette conscience ne s'acquiert pas si facilement. Pour ma part, les prises de conscience que j'ai eues par l'expression artistique m'ont beaucoup plus marquées que celles survenues par le seul verbe en psychothérapie traditionnelle. Le côté expérientiel semble m'avoir permis d'ancrer davantage l'émotion dans mon corps et d'en garder plus de bénéfices. Lorsque j'ai vu la lumière au bout du tunnel en évoquant la possibilité de devenir art-thérapeute, j'ai pu avoir l'impulsion de créer.

Ma première pièce fut cet autoportrait en mosaïque de miroir (voir Planche # 17) dont j'ai posé le coulis au premier anniversaire de mon accident. Le processus lent que cela suppose m'a permis d'en faire une occasion méditative qui a sans doute contribué à m'apaiser alors que j'en avais grand besoin. J'ai ensuite entrepris de faire une autre mosaïque au verso de la première (voir Planche # 18). En gardant la même bordure, j'ai voulu exposer tout ce qui me déferlait dans la tête alors que rien de ma souffrance ne paraissait de l'extérieur. La faux du cerveau, qui sépare anatomiquement les hémisphères

droit et gauche, est remplacée par le caducée qui symbolise la médecine. Des tourbillons dans la tête, une épée qui transperce la base de mon cerveau, des larmes de miroir et de verre rouge qui se rejoignent dans l'encrier pour se transformer en larmes de verre roses, la représentation d'un calvaire avec ses trois croix : à mesure que j'assemblais les tesselles, l'image se construisait et j'assimilais un peu mieux ce qui y était représenté. On y retrouve d'ailleurs des éléments qui sont réapparues lorsque j'ai produit la série d'images documentant mon expérience de la détresse médicale : les larmes de sang et d'eau, le calvaire, les spirales au cœur du cerveau.

Je me suis questionnée sur le fait que j'avais mis fin à cette série d'illustrations au moment où j'entrevois mon avenir en art-thérapie, la lumière au bout du tunnel. C'est que cette lumière brillait assez fort pour m'enlever le goût de mourir et que, dès lors, l'intensité de la détresse s'est amenuisée. C'est comme si j'étais ressuscitée ce jour-là. Comme dans les contes de fées, je n'ai pas raconté ce qui suit ce dénouement heureux. Bien sûr, j'étais loin du but, mais j'en avais un qui m'insufflait de l'espoir. Même le cancer n'a pas pu m'arrêter. Et me voici aujourd'hui à l'aube d'une nouvelle pratique professionnelle qui comporte elle aussi ses risques d'épuisement professionnel. Comment y échapperai-je cette fois-ci?

Je sais que ma tendance au perfectionnisme ne s'est pas évanouie parce que j'ai pris conscience de ses méfaits, mais je veux la modérer en appliquant au quotidien la notion de « suffisamment bon » développée par Winnicott en 1953. « *Could the ideas behind the good enough mother be adapted to other aspects of life?. . . The essence of good enough lies in the minds of practitioners, not their practice. It takes the real world into account and accepts that benefits always come with problems* » (Ratnapalan & Batty, 2009, p.

240). Je veux m'en faire un objectif sans m'exaspérer si je ne réussis pas toujours. Être un juge moins sévère à mon endroit. Surtout demeurer consciente des processus de transfert et contre-transfert qui se jouent dans la relation thérapeutique. Ces processus inconscients de projection sur le thérapeute par le patient (transfert) et sur le patient par le thérapeute (contretransfert), en lien avec les figures significatives du passé de chacun, affectent sans contredit les rapports à l'intérieur de cette dyade. Afin de mieux décoder ces communications inconscientes qui peuvent perturber la relation thérapeutique tant qu'ils restent non conscients, je me devrai de rester attentive à ce que je ressens, présente à moi-même autant qu'aux personnes que je rencontrerai dans l'exercice de ma future profession. Me trouver un superviseur fera également partie de mes priorités. Demeurer en contact avec mes collègues art-thérapeutes. Utiliser l'art pour répondre à certaines de mes interrogations cliniques. Continuer à créer pour mon propre plaisir. Voir venir la fatigue avant qu'elle ne s'installe. En reconnaître les différentes manifestations précoces. Respecter mes limites. Bien prendre soin de moi. J'espère que ce ne sont pas là que des vœux pieux et que je réussirai à mettre en œuvre ces moyens de me préserver.

### **Du Singulier au Pluriel**

Pourrai-je en aider d'autres à éviter l'épuisement professionnel ou même à s'en rétablir à partir de l'exercice que je viens de faire? Les caractéristiques recherchées chez les candidats aux études médicales peuvent être celles-là même qui les prédisposent à l'épuisement professionnel. Le perfectionnisme nécessaire pour être admis puis formé avant d'ensuite pratiquer la médecine gagnerait à ce qu'on en distingue les deux formes, adaptative ou mal-adaptative. Ceci pourrait permettre de dépister et d'intervenir auprès de ceux qui, jamais satisfaits de leur performance et craignant l'erreur par-dessus tout,

courent le plus grand risque. En effet, le perfectionnisme dit mal-adaptatif serait associé à une panoplie de psychopathologies allant de la dépression au trouble obsessionnel-compulsif en passant par les troubles alimentaires et l'anxiété. Il a un impact important sur le sentiment d'accomplissement, un des trois pôles de l'épuisement professionnel, vu la difficulté à éprouver de la satisfaction des efforts investis. Il joue aussi un rôle déterminant sur le plan de l'épuisement émotionnel, un autre pôle de l'épuisement professionnel, puisqu'il a été noté que la régulation des émotions est en lien avec l'attachement qui lui-même est relié au perfectionnisme (Aldea & Rice, 2006, p. 499). Il a été démontré que les perfectionnistes mal-adaptatifs présentent une plus grande réactivité émotionnelle et que cette dysrégulation engendre de la détresse dans cette population (Aldea & Rice, 2006, p. 504). Cette dysrégulation affective, chez le médecin, pourrait amener des difficultés relationnelles avec les patients, entraînant alors la dépersonnalisation, troisième des pôles de l'épuisement professionnel. Ainsi, par des interventions s'attaquant au perfectionnisme, on pourrait obtenir des résultats favorables sur les trois composantes de l'épuisement professionnel.

Tel que mentionné ci-dessus, les personnes souffrant de perfectionnisme mal-adaptatif ne répondent souvent pas aux approches psychothérapeutiques traditionnelles (Aldea, Rice, Gormley, et al., 2010, p. 1195). L'art-thérapie pourrait donc constituer une approche très bénéfique pour elles, comme je le démontrerai ci-après. Il faudra cependant, dès le début de la thérapie, insister sur le fait qu'en art-thérapie, il n'y a pas de bonnes et de mauvaises œuvres afin d'éviter qu'elles ne cherchent là aussi à répondre à des attentes démesurées. Certains exercices pourraient leur permettre d'apprendre à apprivoiser et à accepter l'imprévisible : le gribouillis (*scribble drawing*) et le dessin à

l'aveugle (*blind contour drawing*), ou l'application de media mouillés sur papier mouillé par exemple, sont des activités spontanées susceptibles de contourner le besoin de performer. La création de boîtes identitaires (*self-boxes*) permettant d'exprimer métaphoriquement la différence entre ce qui constitue leur intériorité profonde et ce qu'elles donnent à voir au monde extérieur, cet exercice de nature expérientielle pourrait également favoriser des prises de conscience significatives. D'autres activités pourraient contribuer à une meilleure régulation émotionnelle : l'expression par la couleur et les formes des émotions ressenties, la création ou le coloriage de mandala, bien connu pour aider à diminuer l'anxiété (Curry & Kasser, 2005), n'en sont que quelques exemples.

Les personnes perfectionnistes sont souvent confrontées à des conflits internes, notamment entre l'angoisse de ne pas être suffisamment bonnes et l'acceptation de soi au-delà de la notion d'erreur, ou encore, entre l'épuisement grandissant que la quête de la perfection engendre et la fausse assurance que procure la réussite exempte de toute faute. L'exploration de ces conflits intérieurs pourrait se faire au moyen du *Bilateral Art Protocol* développé par l'art-thérapeute Carole McNamee (2005). Celui-ci stimule la communication entre le cerveau droit, affectif et intuitif, et le cerveau gauche, cognitif et logique, en utilisant alternativement les deux mains pour créer deux images différentes représentant chacun des éléments du conflit. L'utilisation de cette technique pourrait potentiellement mener à une certaine intégration des apports provenant des deux hémisphères, comme en témoignent les changements comportementaux que McNamee (2005) a observés chez les neuf sujets ayant participé au protocole. Bien que limitée par le nombre de sujets, cette étude ouvre des perspectives intéressantes qui pourraient convenir aux besoins des personnes souffrant de perfectionnisme. Une approche moins

ciblée pourrait aussi s'avérer bénéfique. Mais que l'approche soit structurée ou non, les objectifs poursuivis ne pourraient être atteints que dans une perspective à long terme puisque les blessures de l'attachement engendrant le perfectionnisme sont profondes. Le processus de réparation pourra s'amorcer lorsque la personne qui s'y engage sentira, de la part du thérapeute, une acceptation inconditionnelle, constante et authentique. Ainsi basé sur une alliance thérapeutique solide, le traitement visera à favoriser l'acceptation des limites ainsi que la reconnaissance du caractère illusoire du perfectionnisme et de ses conséquences néfastes.

Les relations avec les patients dits difficiles, dont il fut question plus haut, comptent parmi les facteurs de stress les plus fréquemment identifiés par les médecins (Lepburn et al., 2009). Comme il est documenté que des compétences en communication favorisant le développement de bonnes relations avec les patients diminuent la dépersonnalisation tout en augmentant le sentiment d'accomplissement personnel (Lee, Lovell, et al., 2010), il serait important d'accorder plus d'importance à la nature complexe de la relation patient-médecin tout au long de la formation médicale et de maintenir une participation à des activités de formation continue portant sur le sujet. Les futurs médecins de famille gagneraient sans doute à se familiariser avec les phénomènes du transfert et contretransfert décrits plus avant dans ces pages et pouvant occasionner des difficultés dans les relations suivies qu'ils ont avec leurs patients. Pour ma part, je suis convaincue que ces phénomènes intervenaient dans mes rapports avec certains patients avec qui je vivais des relations difficiles. Je me souviens particulièrement d'une dame qui avait le don de m'irriter. C'était bien avant que je ne sois en épuisement professionnel, donc cet état n'a fait qu'exacerber les travers de notre relation. Je ressentais l'agression de sa

passivité en même temps que son besoin d'être prise en charge résonnait avec mon irrépressible besoin d'aider. L'exploration de ces sentiments m'aurait sans doute aidée à mieux répondre à ses besoins réels et à respecter mes propres limites. La formation que j'ai récemment acquise m'invite à demeurer à l'écoute des manifestations du transfert et du contretransfert et à en faire des outils afin de mieux apprécier la dynamique inconsciente qui anime la relation thérapeutique. Si j'avais eu ces compétences alors que j'exerçais la médecine familiale, j'aurais investi mon énergie différemment plutôt que de la gaspiller comme je l'ai fait dans l'ignorance de ce qui interférait entre ces patients et moi. Il pourrait en être de même pour les futurs omnipraticiens. Ainsi, des activités s'apparentant aux groupes Balint pourraient être institués dès la résidence. Ces groupes sont apparus en Angleterre grâce au Dr Michael Balint (1957) qui prétendait que le meilleur médicament pour un patient, c'était souvent son médecin de famille. Psychiatre et psychanalyste, il a réuni des groupes de médecins de famille qui discutaient régulièrement entre eux de leurs patients dits difficiles en sa présence. Ainsi guidés par ce professionnel aguerri aux notions de transfert et contretransfert, plusieurs situations cliniques problématiques auxquelles ces médecins étaient confrontés furent résolues. Ces patients ont pu bénéficier du fait que leur médecin attitré saisissait davantage leurs motivations profondes, souvent inconscientes, et pouvait donc intervenir de façon plus appropriée (Balint, 1957). De tels groupes gagneraient sans doute à utiliser l'art-thérapie pour explorer visuellement ces difficultés relationnelles et leurs origines. Comme le transfert et le contretransfert sont de l'ordre de l'inconscient, le passage par la créativité pour en aborder les manifestations pourrait permettre l'émergence de matériel inconscient et générer des prises de conscience significatives et parfois surprenantes.



Une meilleure adéquation entre les aspirations profondes et la vie quotidienne serait souhaitable, si l'on en croit Arman et al. (2010). Pour ma part, ayant été une artiste avant de devenir médecin, j'ai vite réalisé les bénéfices que m'apportait le fait de maintenir une certaine activité créatrice pendant mes années de pratique médicale. Cependant, au cours des dernières années ayant précédé ma chute, j'ai négligé de le faire. Est-ce parce que j'étais déjà épuisée que je ne m'y adonnais plus ou parce que je ne m'y adonnais plus que j'ai accentué le développement de cet épuisement professionnel? Quoiqu'il en soit, l'espoir m'est revenu lorsque, entrevoyant la possibilité de devenir art-thérapeute, j'ai pu amenuiser l'écart entre mes idéaux et ma vie future. Si j'avais été moins épuisée, est-ce qu'il y aurait eu moyen de retrouver un équilibre à l'intérieur de ma profession plutôt que d'opérer un changement aussi important que celui que j'ai fait? Je suis convaincue d'avoir pris la bonne décision mais je conçois que si tous les médecins épuisés se réorientaient de la sorte, la pénurie d'effectifs médicaux pourrait s'en trouver accentuée. Or, comme l'épuisement professionnel soulève un questionnement existentiel chez ceux qui en souffrent et qu'il prédispose les médecins à se retirer précocement, y aurait-il là un risque réel?

Sans vouloir être alarmiste, je pense que la détresse médicale mérite amplement l'attention croissante qu'on lui accorde. Si ses causes sont multifactorielles, il est probable que des interventions de diverses natures puissent apporter leurs bénéfices propres. Cibler l'amont permettrait d'agir de façon préventive. La sélection des candidats fait probablement déjà l'objet d'un réexamen ou gagnerait à le faire. Devrait-on identifier plus spécifiquement les perfectionnistes mal-adaptatifs dès cette étape? Devrait-on alors les rejeter d'emblée à cause de la forte probabilité qu'ils développent un épuisement

professionnel? À ce compte, les femmes présentant un risque d'épuisement de plus de deux fois supérieur à celui des hommes seraient à nouveau exclues de cette profession. Il serait de beaucoup préférable de prévoir dans la formation de base un certain nombre d'heures consacrées au sujet de la détresse médicale et à ses multiples facettes plutôt que de fermer la porte à des candidats qui se qualifieraient bien par ailleurs.

Encore en amont, il pourrait être utile de sensibiliser les médecins déjà en pratique à l'épuisement professionnel. En améliorant leurs connaissances sur le sujet, ils en détecteraient plus précocement les manifestations et seraient plus à même d'initier des gestes concrets pour le tenir à distance. Il se pourrait que certains d'entre eux réalisent qu'ils vivent déjà un épuisement professionnel avéré et que des mesures préventives ne suffisent plus, auquel cas il faudrait pouvoir leur offrir des interventions de nature thérapeutique. Or le terrain étant peu déblayé de ce côté, un vaste champ d'exploration demeure à investir.

En se basant sur les connaissances actuelles du phénomène, une approche existentielle, favorisant une reprise de contact entre l'individu et ses valeurs profondes, semblerait appropriée. Comme les valeurs d'un individu lui viennent souvent de très loin, de son milieu familial et socio-culturel, une orientation psychodynamique serait tout aussi indiquée. En effet, de retourner ainsi aux sources de ses vulnérabilités pourrait favoriser une guérison dite de deuxième intention. C'est ainsi qu'on nomme, en médecine, le processus par lequel on laisse le tissu de granulation envahir la cavité d'une plaie large et profonde à partir du fond jusqu'à la combler plutôt que de tenter d'en refermer les berges, ce qui serait non seulement vain mais pourrait en favoriser l'infection par les bactéries anaérobies. Ce processus requiert de la patience et un suivi étroit, un peu comme le

demande l'approche psychodynamique face aux blessures psychiques. Enfin, il importe de faire confiance aux capacités de chacun de connaître ce dont il a besoin, ce que préconise l'approche humaniste. Empruntant ainsi à diverses philosophies de traitement, je pourrais personnellement qualifier la conduite optimale d'éclectique en ce sens qu'à partir de différentes modalités thérapeutiques, un plan de traitement se construit qui est en quelque sorte taillé sur mesure.

Si ces interventions peuvent se faire en utilisant la parole seule, ma conviction est que l'utilisation concomitante de l'expression artistique en présence d'un art-thérapeute permettrait aux médecins de contourner la rationalisation et l'intellectualisation. Ces mécanismes de défense, qu'ils utilisent de façon préférentielle, concourent probablement à augmenter leur seuil de perception des symptômes qu'ils présentent, les portant ainsi à minimiser l'importance de ce qu'ils ressentent. De plus, la rationalisation et l'intellectualisation, dont on peut penser qu'elles sont fonction du cerveau gauche, peuvent entraver leur capacité de trouver des solutions novatrices aux difficultés qu'ils rencontrent en limitant leur répertoire perceptuel et réactionnel. Il faut dire que la pratique médicale contemporaine est plus que jamais une affaire de « cerveau gauche ». Elle repose maintenant davantage sur des connaissances, qui sont en constante évolution et qu'il faut systématiser dans le processus diagnostique et thérapeutique, et beaucoup moins sur l'intuition clinique, qui fait davantage appel au cerveau droit et dont la pratique dépendait d'autant plus largement dans le passé que les moyens d'investigation étaient plus limités. Ceci me porte à croire que l'art-thérapie pourrait contribuer à rétablir un meilleur équilibre chez les médecins en leur faisant vivre des expériences qui stimulent davantage leur cerveau droit, ou cerveau émotionnel. En effet, si la créativité peut faire

appel au cerveau tout entier, certains media sollicitent préférentiellement l'un ou l'autre des hémisphères (Hinz, 2009). Ainsi, des activités art-thérapeutiques utilisant des matériaux plus fluides que résistifs, ainsi que celles dont j'ai fait état ci-dessus et qui favorisent l'expression graphique ou picturale des émotions et des affects, pourraient être avantageusement proposées aux médecins désireux d'entreprendre une thérapie par l'art. Bien que ceux-ci puissent se sentir hésitants au départ, l'art-thérapeute, de par sa formation, sera en mesure de créer un cadre thérapeutique sécurisant et apte à faciliter l'expression visuelle, ce qui leur permettra d'oser faire une première marque sur le papier, puis de s'engager graduellement dans l'exploration de leurs conflits psychiques au moyen de différents média avec un sentiment croissant de sécurité. En outre, l'art-thérapie a l'avantage de laisser des traces tangibles du chemin parcouru auxquelles on peut référer en tout temps. Témoins de la démarche entreprise, les œuvres créées peuvent continuer de livrer leurs messages bien après leur production. Ainsi une image peut être revisitée et susciter de nouvelles associations qui n'étaient pas disponibles dans un premier temps. Pour ma part, les œuvres créées au cours du processus ayant mené à mon rétablissement, tant celles découlant de ma propre initiative que celles produites dans le cadre de ma formation comme art-thérapeute, m'ont permis de prendre conscience d'enjeux personnels importants qui étaient restés tapis dans l'ombre, inconscients, tant que ma recherche, pourtant active, demeurait exclusivement verbale.

Sachant que l'établissement de l'alliance thérapeutique est le vecteur principal du succès de toute thérapie et que cette alliance est plus difficile à nouer avec les personnes souffrant de perfectionnisme, on peut anticiper qu'il en soit de même avec plusieurs médecins en épuisement professionnel avec qui je pourrais être appelée à travailler.

Cependant je crois fermement que la présence de l'œuvre créée en art-thérapie peut agir en tant que médiateur entre le client et son art-thérapeute et faciliter l'émergence et la consolidation de cette alliance. Ainsi, la relation triangulée entre le client, son œuvre et l'art-thérapeute, si particulière à l'art-thérapie, suggère une conversation qui pourrait s'appeler un triologue, où l'image et le processus de création jouent un rôle important.

Il est possible que le médecin, comme toute personne qui s'engage dans une démarche art-thérapeutique, ressente à prime abord une certaine crainte que l'art-thérapeute puisse décrypter ses images et y voir des choses qu'il préférerait ne pas dévoiler. Il sera rassuré de savoir qu'il est le seul interprète de ses créations. Car si l'art-thérapeute peut formuler intérieurement des hypothèses à propos de ce qu'elle voit, elle se garde de faire des interprétations précoces. L'œuvre demeurant accessible, elle pourra livrer d'autres messages au fil de la thérapie. D'autre part, si une vérité intérieure a besoin de se manifester, elle le fera à travers d'autres œuvres et donnera d'autres indices jusqu'à ce qu'elle réussisse à se faire entendre. L'art-thérapeute pourra, à mesure que le terrain devient propice, proposer des interprétations susceptibles d'aider la personne à poursuivre son exploration. C'est ainsi qu'on nous a enseigné, lors de la formation en art-thérapie, que le processus créatif a son propre rythme qu'il convient de respecter, tout comme celui du client. L'expérience acquise dans mes stages m'a démontré la sagesse de cette recommandation. Celle que j'acquerrai dans ma pratique future me confirmera sans doute encore plus la pertinence de ce principe art-thérapeutique.

### **Conclusion**

J'aimerais clore ce travail de recherche en affirmant mon intérêt pour le mieux-être des médecins, ce qui me pousse à vouloir leur offrir des services en tant qu'art-

thérapeute. S'il s'avérait que cette modalité puisse les aider, ce dont je ne doute aucunement, ceci aurait le bénéfice secondaire de créer une niche d'intervention que les art-thérapeutes pourraient investir. Les médecins ayant ainsi une expérience directe avec cette pratique pourraient même aller jusqu'à la recommander à leurs patients, ce qui favoriserait un déploiement encore plus large de cette profession.

La rédaction de ce travail m'amène également à envisager le développement de projets de recherche afin d'étudier l'efficacité de l'intervention art-thérapeutique dans le contexte de la détresse médicale. Cela implique, entre autres, la construction d'un protocole d'intervention suffisamment structuré pour être reproductible et suffisamment souple pour s'adapter à différentes circonstances, de même que l'approbation par un comité d'éthique. L'élaboration d'une intervention auprès des résidents en médecine familiale, se basant sur les groupes Balint mais utilisant l'expression artistique comme point de départ du processus, pourrait être l'objet d'un de ces projets de recherche. La sensibilisation au problème de l'épuisement professionnel de tous les étudiants en médecine mériterait aussi qu'on vérifie si elle est bénéfique en terme préventif. Utilisant ou non l'art-thérapie, deux groupes pourraient être comparés avec un troisième n'ayant pas eu de formation sur cet aspect de la pratique ni d'exposition à l'art-thérapie. Ainsi, par un suivi longitudinal, il serait possible de déterminer si l'intervention à ce niveau amène une diminution de l'incidence d'épuisement professionnel et si l'art-thérapie ajoute une plus-value à une approche plus classique. La cause est noble, elle m'enthousiasme et mérite que j'y investisse temps et énergie. En même temps, un certain dosage sera nécessaire car si je souhaite que mon expérience profite à mes pairs, je sais maintenant que mon premier devoir est envers moi-même, ayant appris de mon propre

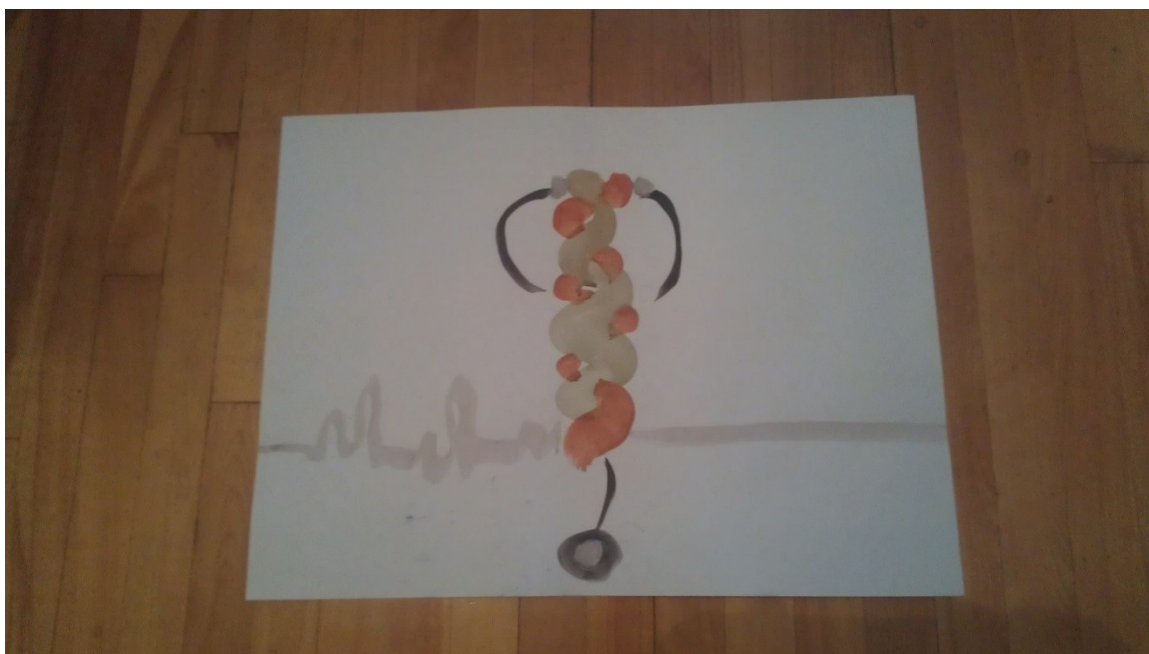
épuisement professionnel. Cependant, puisque le sujet me tient tant à cœur, ces projets de recherche auraient le potentiel de générer une autre forme de satisfaction professionnelle, me protégeant en maintenant une adéquation appropriée entre mes aspirations et ma pratique.

Ces idées de recherche ne sont que quelques-unes de celles qui m’habitent. La rédaction de ces pages m’a permis de constater à quel point le processus de recherche me passionne et génère en moi une énergie bien particulière et un foisonnement d’idées à explorer. Ainsi centré sur une expérience personnelle, celle de ma détresse dans l’exercice de ma profession de médecin de famille, le présent projet de recherche m’aura permis de la mettre en perspective et de réaliser à quel point l’épuisement professionnel est prévalent chez les médecins. Si je m’en sens moins isolée, je m’en sens d’autant plus solidarisée. Je m’estime chanceuse d’avoir eu l’occasion de réfléchir plus à fond sur ma propre expérience pour m’intéresser ensuite à la collectivité dont je fais partie et à laquelle je veux contribuer. Il ne fait pas de doute qu’il faille agir promptement maintenant que l’on connaît l’ampleur de la situation. Des efforts doivent être faits en ce sens et seront d’autant plus aidants qu’ils seront documentés, d’où mon désir de poursuivre les recherches sur la détresse que vit la communauté médicale et sur la contribution spécifique que pourrait avoir l’intervention par l’art-thérapie. Quant à la pertinence de faire de l’épuisement professionnel un diagnostic en bonne et due forme afin de pouvoir acquérir des connaissances plus approfondies sur le sujet, je n’en doute pas non plus. Cependant, je n’en ferai pas mon principal cheval de bataille, ayant acquis quelque sagesse de mon expérience, du moins je l’espère. Je me souhaite donc d’avoir non seulement le courage de mes convictions afin de déployer les projets de recherche

qu'a suscités la présente démarche, mais aussi la chance de trouver les partenaires qui pourront me soutenir dans ma volonté de prendre part à l'effort collectif qui devra être déployé pour que la situation puisse commencer à se redresser.



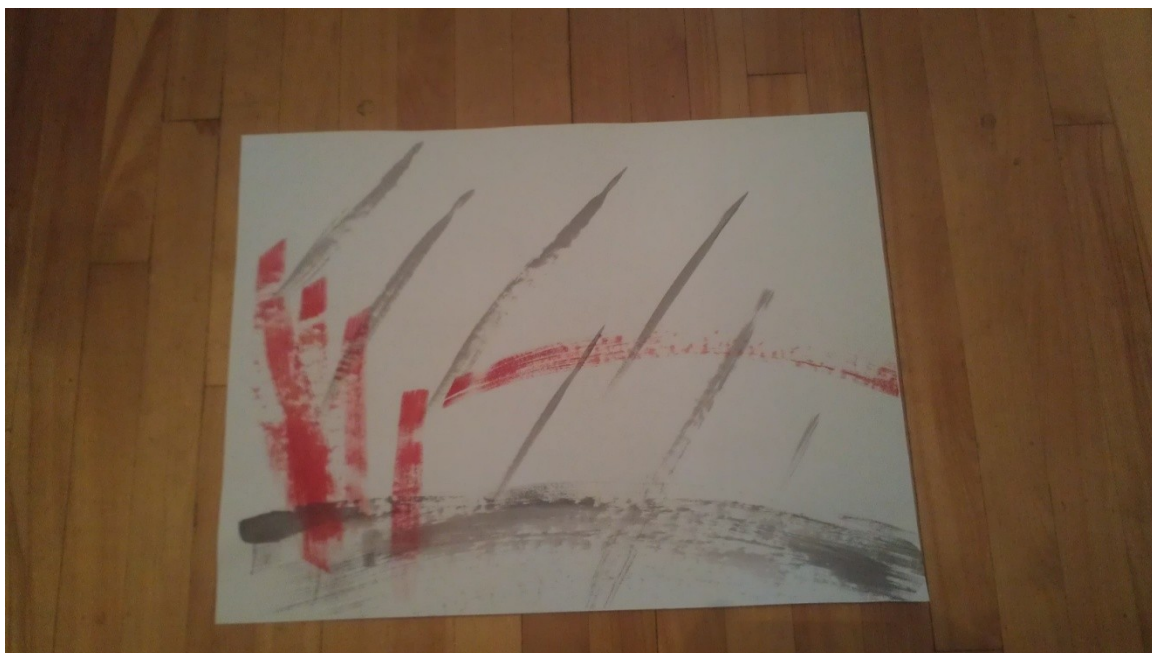
## Planches



1) La mort d'un médecin; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



2) La jongleuse débordée; pastel à l'huile sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.

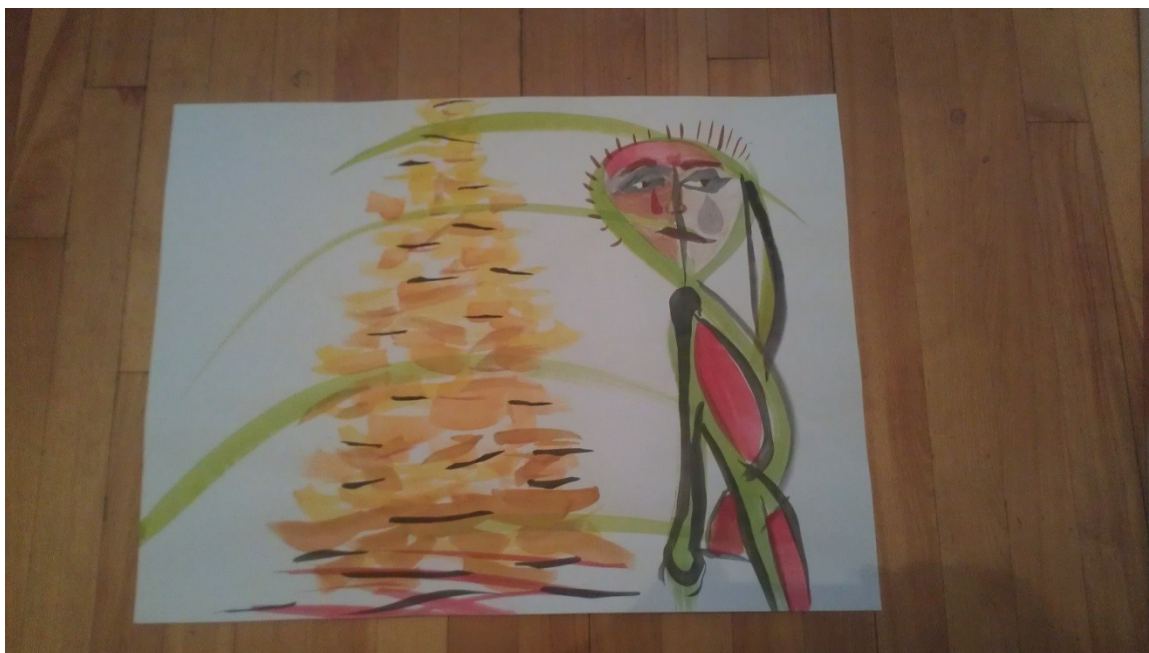


3) Je m'enfonce; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.

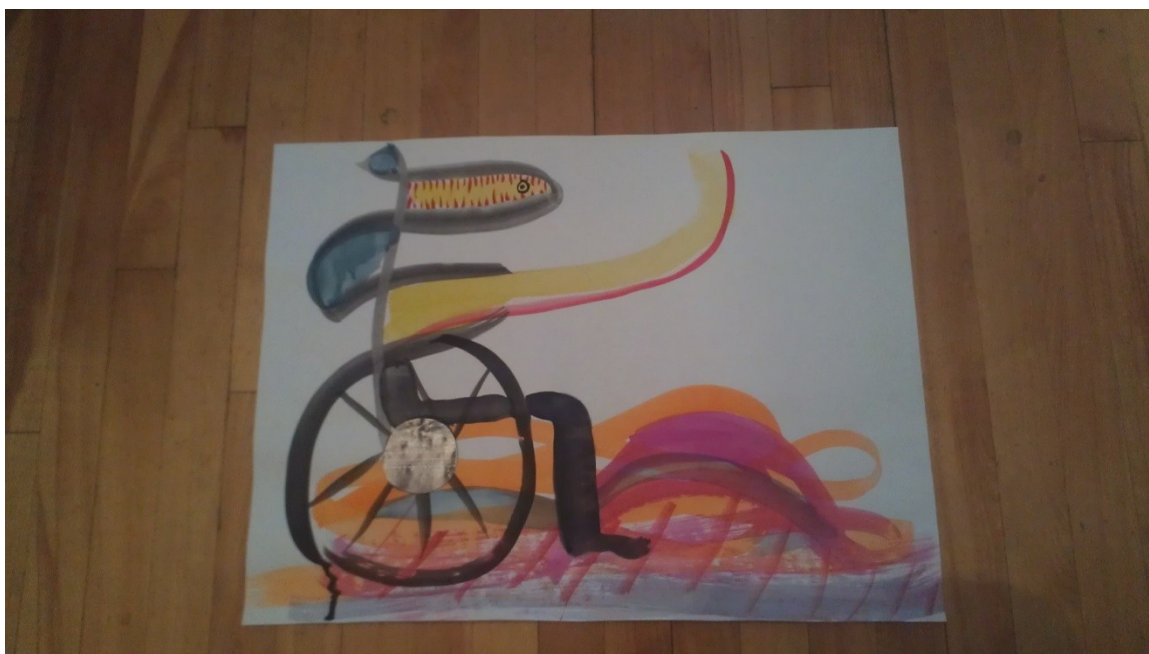


4) L'œil du destin; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.





5) Mi-figue, mi-raisin; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



6) Apprendre à demander; gouache en pain et collage sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.

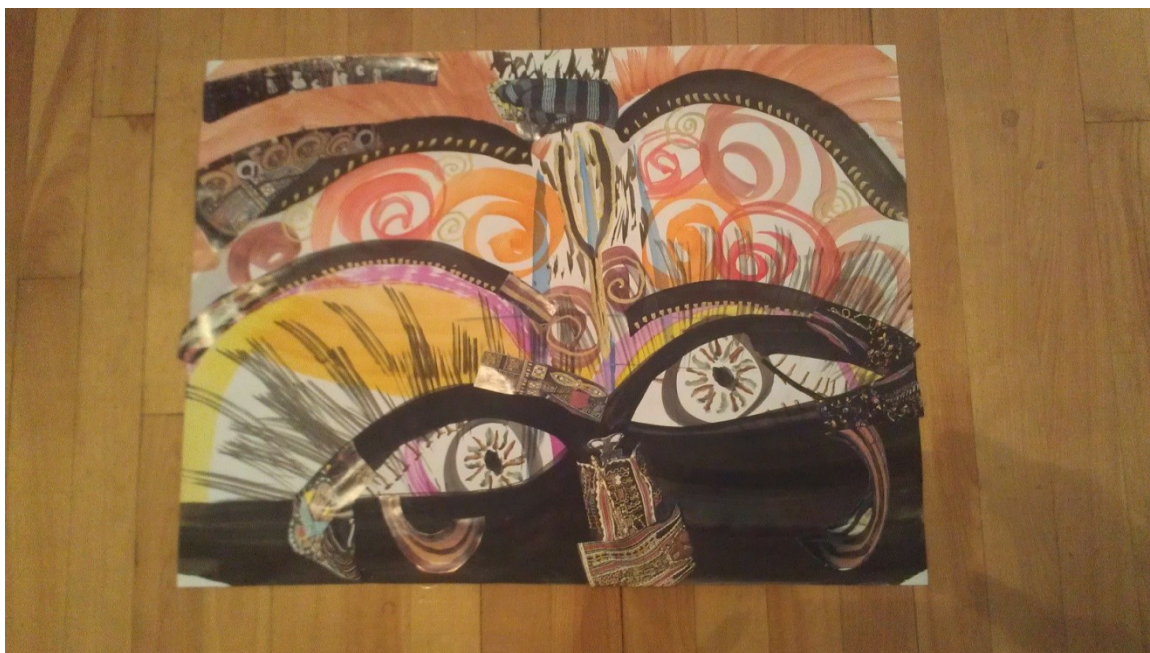


7) La savane en feu; gouache en pain et collage sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.

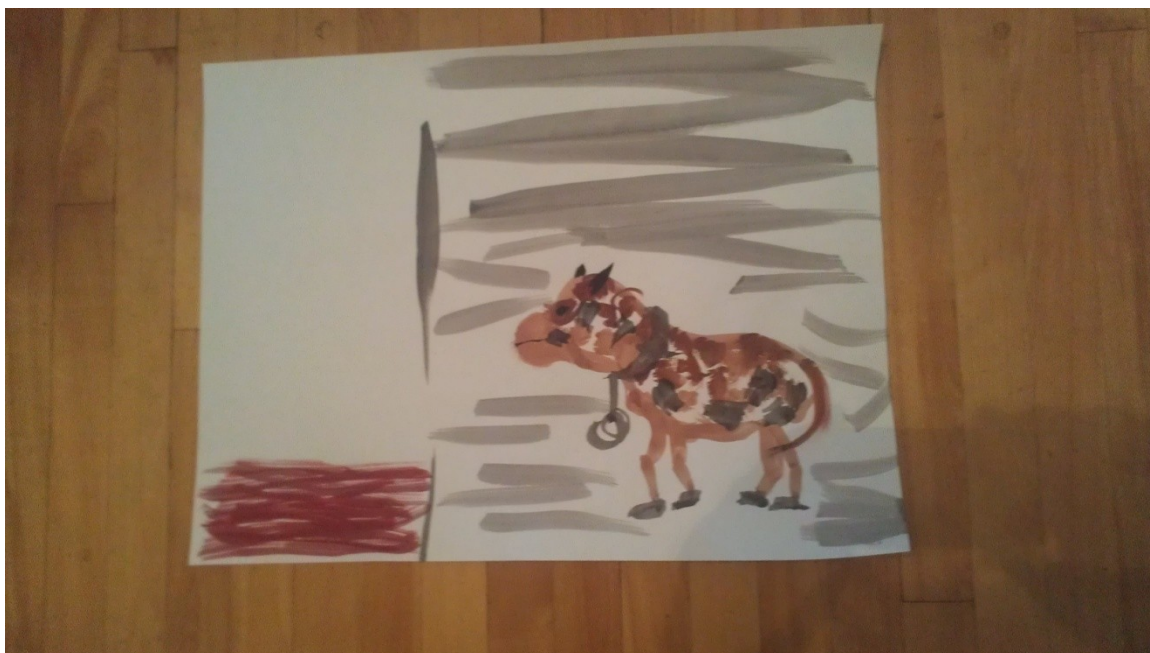


8) Sous bonne garde; gouache en pain et collage sur papier cartridge, 12 x 24  
pouces.





9) Pendant la tornade; gouache en pain et collage sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



10) Vers l'abattoir; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



11) La terreur; pastel à l'huile sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



12) Acceptation sereine; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.





13) Chacun son bûcher; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



14) Larmes fondamentales; gouache en pain sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



15) Le nombril scruté; gouache en pain et papier de soie sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.



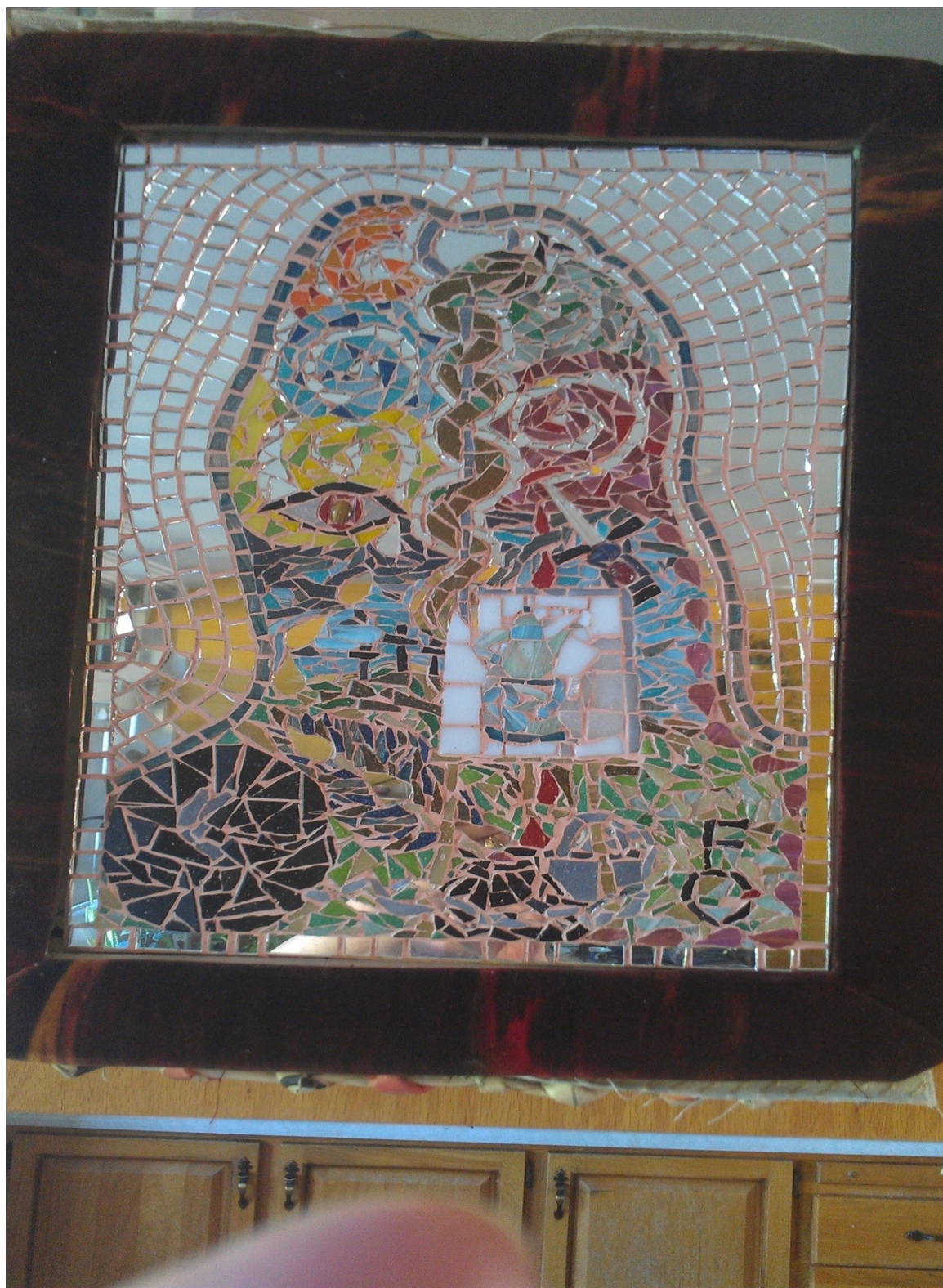
16) La lumière au bout du tunnel; pastel à l'huile sur papier cartridge, 12 x 24 pouces.





16) Calme apparent; mosaïque de miroir et velours sur porte d'armoire de pharmacie en bois, 19,5 x 16,5 pouces.





18) Tumulte intérieur; mosaïque de verre et miroir, 19,5 x 16,5 pouces

## Références

- Aldea, M. A., & Rice, K. G. (2006). The role of emotional dysregulation in perfectionism and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 498-510.  
Repéré à <http://0-content.apa.org.mercury.concordia.ca/journals/cou/53/4/498>
- Aldea, M. A., & Rice, K. G., Gormley, B., & Rohas, A. (2010). Telling perfectionists about their perfectionism: Effects of providing feedback on emotional reactivity and psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1194-1203. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20933221>
- Arman, M., Hammarqvist, A., & Rehnsfeldt, A. (2011). Burnout as an existential deficiency: Lived experiences of burnout sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 294-302. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00825.x
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 425-441. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(200006)21:4<425::AID-JOB21>3.0.CO;2-#
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. New York, NY: International Universities Press, Inc.
- Brooks, D. M., Bradt, J., Eyre, L., Hunt, A., & Dileo, C. (2010). Creative approaches for reducing burnout in medical personnel. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 255-263. doi: 10.1016/j.aip.2010.05.001
- Chevalier, J., & Gheerbrant A. (1969/1982). *Dictionnaire des symboles*. Paris, France: Robert Laffont/Jupiter.

- Curry, N. A. & Kasser, T. (2005). Can coloring mandalas reduce anxiety? *Art Therapy Journal*, 22(2), 81-85. doi: 10.1080/07421656.2005.10129441
- Douglass, B. G., & Moustakas, C. (1985). Heuristic inquiry: The search to know. *Journal of Humanistic Psychology*, 25(39), 39-55. doi: 10.1177/022167885253004
- Greenspon, T. S. (2008). Making sense of errors: A view of the origins and treatment of perfectionism. *American Journal of Psychotherapy*, 62(3), 263-282. Repéré à <http://0-web.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/ehost/detail?sid=28e34270-3df4-48ec-b624-96c012c7e9ee%40sessionmgr10&vid=1&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=pbh&AN=34619197>
- Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine*, 135(2), 145-148. Repéré à <http://0-web.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=400fc191-3165-4159-95c3-58c995b2d087%40sessionmgr11&vid=2&hid=14>
- Hinz, L. D. (2009). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. New York, NY: Routledge.
- Halgin, R. P., & Leahy, P. (1989). Understanding and treating perfectionistic college students. *Journal of Counseling and Development*, 68, 222-225. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00825.x. Epub 2010 Aug 27
- Julliard, K., Intilli, N., Ryan, J., Vollmann, S., & Seshadri, M. (2002). Stress in family practice residents: An exploratory study using art. *Art Therapy Journal*, 19(1), 4-11. doi: 10.1080/07421656.2002.10129727
- Kapitan, L. (2010). *Introduction to art therapy research*. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Lee, F. J., Stewart, M., & Brown, J. B. (2008). Stress, burnout, and strategies for reducing them: What's the situation among Canadian family physicians? *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 54(2), 234-235. Repéré à <http://0-search.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=18272641&site=ehost-live>
- Lepnurm, R., Lockhart, W. S., & Keegan, D. (2009). A measure of daily distress in practicing medicine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(3), 170-180. Repéré à <http://0-search.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=37325783&site=ehost-live>
- McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J., & Neill, R. A. (2008). Resident physician burnout: Is there hope? *Family Medicine*, 40(9), 626-632. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18830837>
- McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The work lives of women physicians: Results from the physician work life study. *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 372-380. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495474/>
- McNamee, C. (2005). Bilateral art: Integrating art therapy, family therapy, and neuroscience. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 27(4), 545-557. doi: 10.1007/s10591-005-8241
- Mercer, A., Warson, E., & Zhao, J. (2010). Visual journaling: An intervention to influence stress, anxiety and affect levels in medical students. *The Arts in Psychotherapy*, 37(2), 143-148. doi:10.1016/j.aip.2009.12.003

- Ratnapalan, S. & Batty, H. (2009). To be good enough. *Canadian Family Physician* *Médecin de Famille Canadien*, 239-240. Repéré à <http://www.cfp.ca/content/55/3/239.full>
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-367. Repéré à <http://0-web.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/ehost/detail?sid=da1b47dc-618e-4ad3-ac82-JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=6979633>
- Stoltz, K., & Ashby, J. S. (2007). Perfectionism and lifestyle: Personality differences among adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and non-perfectionists. *Journal of Individual Psychology*, 63(4), 414-423. Repéré à <http://0-web.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/ehost/detail?sid=3770b5df-90ce-4dd0-87e0-08f46ec35065%40sessionmgr15&vid=1&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=28324641>
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *The International Journal of Psycho-analysis*, 34(2), 89-97.